

Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente[#]

Bioethics, religion, spirituality and the art of caring in patient-doctor relationships

Virgínio Cândido Tosta de Souza*

Leo Pessini**

William Saad Hossne***

RESUMO: O exercício da medicina é uma arte. Arte que, na relação médico-paciente, depara-se com situações que extrapolam os conhecimentos técnico-científicos do lidar com pessoas fragilizadas física e emocionalmente. Arte que exige espiritualidade na escolha de decisão em situações de incerteza entre várias opções possíveis. A ciência na busca da autonomia fora da tutela da religião e da filosofia extrapolou os limites éticos da relação médico-paciente, negligenciando a arte do cuidar para gerenciar diagnóstico e tratamento com tecnologias complexas. É neste paradigma que o trabalho em tela propõe, por meio da interdisciplinaridade da Bioética, uma interação com a Teologia para uma análise da formação e do exercício profissional do médico fundamentado na relação com o doente no contexto do desenvolvimento da tecnociência na pós-modernidade.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT: The practice of medicine is an art which, in the doctor-patient relationship, faces situations that go beyond the technical-scientific knowledge when caring for physical and emotionally fragile people. It's an art that requires spirituality in choosing and deciding in uncertain situations among several possible options. Science, in clamming for autonomy, outside the framework of religion and philosophy, extended the ethical limits of doctor-patient relationship, neglecting the art of taking care in order to manage diagnosis and treatment applying complex technologies. It is in this paradigm that this research proposes, through Bioethics interdisciplinarity, an interaction with Theology in order to analyze the doctor's formation and professional practice, based on the relation with the patient on the context of techno-science in the post modernity.

KEYWORDS: Bioethics. Religion. Spirituality.

INTRODUÇÃO

De um modo geral, o mundo pós-moderno está perdendo as referências humanitárias. Deparamo-nos com um movimento de ideias e comportamentos que defende um humanismo sem Deus voltado para a produção e lucro, centrado no consumo e na busca de prazer denominado secularismo.

Talvez uma das fraquezas mais gritantes da civilização atual resida numa visão adequada do ser humano. Certamente é a era em que valores humanos estão sendo pisoteados como nunca¹.

A busca de uma dimensão interior do ser humano que transcende a razão, que não é visível, mensurável, mas é real e move a vida de forma determinante é a espiritualidade².

Quando essa dimensão se traduz em princípios e valores que visam ao bem do outro em sua alteridade, exerce a ética. Ética que, em medicina, Hipócrates, na relação médico-paciente, denominava como "*philia*" e que a tradição judaico-cristã como "ágape"³.

Sem espiritualidade, valores como compaixão, solidariedade, amor, justiça, compreensão desaparecem e perdem-se os limites de distinguir o que é certo e o que é errado. São esses valores que inspiram o nosso modo de ser e agir, tornando nossa conduta profícua e sábia, portanto ética⁴.

Na nossa contemporaneidade, em que a razão atingiu seu ápice de forma globalizada alicerçada na tecnociência, o paradigma não é o servir, mas o competir, mesmo que para isso sejam ignoradas as necessidades e os direitos do outro.

* Professor Titular de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pouso Alegre (UNIVAS) e da Faculdade de Medicina de Alfenas (UNIFENAS). Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro da Academia Mineira de Medicina. Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo.

** Doutor em Teologia/Bioética. Pós-graduado em Clinical Pastoral Education and Bioethics, St Luke's Medical Center. Docente do Programa *Stricto sensu* em Bioética (Mestrado e Doutorado) do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. E-mail: pessini@saocamilo-sp.br

*** Médico e pesquisador. Professor Emérito da Universidade Estadual Paulista – UNESP, *campus* Botucatu, Faculdade de Medicina. Membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Membro do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Coordenador do Programa *Stricto sensu* em Bioética (Mestrado e Doutorado) do Centro Universitário São Camilo, São Paulo. E-mail: posbioetica@saocamilo-sp.br

#. Uma versão desse texto foi apresentada no 8º Congresso Internacional de Bioética Clínica.

A instantaneidade dos meios de comunicação fragiliza a riqueza da reflexão, levando à simultaneidade de relacionamento e opções que geram um individualismo carente de partilha e compromisso com o outro⁵.

Essa é a radiografia da pós-modernidade, que se apresenta como a época que está além de qualquer ideologia e com isso nada mais parece ter sentido. O que importa é o ter, o aqui, o agora e o quadrimotor: ciência – técnica – indústria – lucro⁶.

Martin Heidegger conceitua como: “noite no mundo, não por causa da falta de Deus, mas porque os homens já não sofrem com essa falta, doença mortal é a indiferença, perda do gosto para procurar as razões últimas pelas quais valha a pena viver e morrer, a falta de paixão pela verdade”⁷.

É nesse cenário do século XXI que a religião aparece fomentando os valores subjetivos da espiritualidade para saciar a nostalgia do “totalmente outro”, como antídoto do vazio existencial individualista e utilitarista.

Junto com a religião, a filosofia proporciona espaço para diálogo em uma sociedade plural, onde a Bioética pela sua inter e transdisciplinaridade abriga, como um guarda-chuva, reflexões partilhadas sem dogmatismo diante de questões éticas específicas.

É nesse contexto que a medicina, diante do avanço científico e tecnológico da nossa era, merece uma reflexão profunda, principalmente no que concerne a relação médico-paciente.

O objetivo do trabalho em tela é de fornecer subsídios para uma relação médico-paciente humanizada, a partir da interação entre bioética, espiritualidade e religião no contexto da sociedade pós-moderna.

ÉTICA E BIOÉTICA

A bioética é um neologismo oriundo da ética, com características transdisciplinares e combina conhecimentos biológicos com o conhecimento dos sistemas de valores humanos.

O termo bioética é um legado deixado por Van Rensselaer Potter, na década de 70, por meio da obra *Bioethics: bridge to the future*, em que “bio” representaria os conhecimentos biológicos, e a “ética”, os conhecimentos dos princípios e valores humanos perante as descobertas

da biologia molecular, dentro da sociedade científica e tecnológica.

O compromisso com a preservação da vida dos seres humanos entre si e com o ecossistema antevia os grandes dilemas dos dias atuais no campo da biologia molecular e da sustentabilidade do meio ambiente.

A década de 1970 foi o período em que os avanços científicos e tecnológicos, principalmente no meio médico, intensificaram-se e ao mesmo tempo passaram a ser questionados (UTIS, transplantes, diagnóstico de morte, procriação, diagnóstico pré-natal).

O compromisso hipocrático e a experiência de Nuremberg propiciaram a criação de Comitês de Ética, que, em sua essência, fundamentam-se no princípalismo da bioética, composto por: beneficência, não maleficência, justiça, autonomia e possuem composição multidisciplinar (médicos, enfermeiros, teólogos, juristas, usuários, entre outros).

A bioética é um desdobramento da ética voltado para os questionamentos morais, suscitados pelos avanços científicos e tecnológicos, no contexto da sociedade em sua globalidade (pessoa, meio ambiente, cidadania, aspectos terapêuticos e suas aplicações legais).

Assim, podemos dizer que a bioética difere da ética, da moral e da deontologia devido a sua característica problematizadora e evolutiva. O que na ética é estudado, na moral praticado, na deontologia obrigado, na bioética é problematizado⁸.

RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

Assim como ocorre com ética e moral, espiritualidade e religiosidade não são sinônimos. A espiritualidade trata-se de uma forma implícita de tratar dimensões profundas da subjetividade sem incluir necessariamente a religiosidade⁹.

O grande vazio existencial, na sociedade de grandes complexos urbanos da sociedade atual, vem propiciando fóruns para discutir a importância da busca de valores e virtudes, como compaixão, que são de natureza espiritual.

Nos Estados Unidos, recentemente, 47 faculdades de medicina, incluindo a de Harvard, propuseram a inclusão de espiritualidade como disciplina no currículo¹⁰.

A psicologia fenomenológica existencial, oncologia, profissionais da área da saúde vêm se interessando pelo

estudo da espiritualidade e sua importância no exercício profissional.

Dalai Lama apud Boff¹ considera a espiritualidade como aquilo que produz uma mudança interior no ser humano. Boff¹ acredita que a nossa estrutura de base fundamental, que regula as nossas ações, é de natureza interior e não exterior. Tais mudanças são fomentadas pela religião, mas nem sempre.

A espiritualidade não é uma questão simplesmente religiosa; é uma questão de educação, de subjetividade, de interioridade. É uma forma de reeducarmos para a comunhão conosco mesmos, para a comunhão com a natureza, para a comunhão com o próximo e com Deus¹².

A religião é um conceito oriundo do latim “*religare*”, sendo definida como a crença na existência de forças metafísicas, criadoras do universo. Tal crença estabelece dogmas que devem ser adotados e obedecidos. É simbolizada por meio de doutrina e ritual próprios, envolvendo preceitos morais e éticos. É uma filiação a um sistema específico de pensamentos, os quais envolvem filosofia, ética e metafísica, voltados e vinculados ao ser supremo: Deus. O termo *religare* é a volta a Deus, do qual o homem nunca esteve separado, no dizer de Santo Agostinho¹³.

A religião existe onde existir uma comunidade, porque ela oferece ao indivíduo um significado da vida além da realidade terrena, proporcionando explicações para ocorrências misteriosas da vida, como, por exemplo, a morte.

Ela contribui para a organização social, orientação moral, segurança e, embora institucionalizada, ela fomenta e enriquece a espiritualidade¹⁴.

Na sociedade racionalizada contemporânea, ela vem sendo concentrada na vida pessoal, particularizada, o que torna às vezes difícil distingui-la da espiritualidade.

BIOÉTICA E RELIGIÃO

A Bioética, pelo seu caráter interdisciplinar, aparece no âmbito da pós-modernidade como uma proposta de diálogo entre diferentes tradições culturais, filosóficas e religiosas. Nesse contexto, a medicina, a ética e a religião se condicionaram mutuamente. Se por um lado, as técnicas biomédicas permitem encontrar terapias para dominar a dor, prolongar a vida, estabelecer diagnósticos, as religiões esclarecem qual é o sentido da vida, a importân-

cia da solidariedade e da compaixão no cuidar das pessoas que sofrem ou se encontram na terminalidade da vida¹⁵.

A medicina, ao longo de sua história, evidenciou um lugar comum entre a religião e a ética, principalmente no que concerne à relação médico-paciente.

O papel do teólogo, independentemente de sua confessionalidade, representa um elemento fundamental para as comissões de bioética, quer seja no âmbito da pesquisa, ou da assistência envolvendo seres humanos.

As comissões de bioética, pelo seu perfil inter e transdisciplinar, não é uma colagem de diferentes racionalidades, tendo como referência a especificidade de um propósito ético. Para isso, é necessária uma ampla discussão na qual o papel do filósofo e do teólogo é importante sobre o que significa especificamente a abordagem ética de uma questão que difere de uma abordagem puramente médica, biológica ou técnica. A assessoria ética exige certas competências que nem todos participantes do diálogo interdisciplinar e cultural possuem¹⁶.

O teólogo, além de cooperar com a especificidade do seu saber, assume uma postura ética sem dogmatismo moral, mas de forma racional e coerente com o assunto em tela. Os teólogos desempenham um importante papel no surgimento da Bioética, alicerçado na experiência da argumentação ética para solucionar casos e, especificamente, a tradição de intervenções em ética médica, embora a secularização tenha minimizado a importância da teologia na reflexão bioética. Os teólogos continuam de forma inequívoca nos fóruns de discussão plural destinados a refletir sobre as relações entre a Bioética e Teologia. Vários autores de tradição agnóstica começam a defender a importância das religiões para o debate ético e para a superação da crise ética da cultura pós-moderna de hoje (manipulação genética, terminalidade de vida, pós-humanismo)^{16,17,18}.

A Bioética em suas origens esteve intimamente ligada à teologia de tradição cristã, e o cerne de sua ética universal é a *humanitas*, a obrigatoriedade de tratar humanamente a todos, independentemente da situação de classe, de religião ou de idade. E o cerne na regra de ouro é: “fazer ao outro o que queres que façam a ti”, ou negativamente: “não faças ao outro o que não queres que façam a ti”¹⁹.

Na sociedade contemporânea, existe um consenso de que as decisões biomédicas não são responsabilidades exclusivas dos pesquisadores ou profissionais de assistência, mas de toda a sociedade envolvida.

Para Anjos²⁰, “a Bioética e a Teologia se inserem na sociedade plural, com uma consciência cada vez mais clara de tal pluralidade”.

Em cada opção biomédica, está em causa uma vida humana, uma determinada concepção de valores em relação ao viver e encontra-se presente na Bioética como uma ponte de união, como propõe Potter.

Essa preocupação de Potter quanto à sobrevivência para o futuro da humanidade já é encontrada nas religiões de um modo geral que estão habituadas a refletir sobre a vida, propondo no presente as possíveis soluções para o futuro. No que concerne à América Latina, a história de seus povos indígenas e o cristianismo nos legaram exemplos admiráveis de equidade e cultura recíprocos nas relações que a bioética nos dias atuais desenvolve, não só em relação ao respeito e responsabilidade pelo outro, como também nas relações com o meio ambiente²¹.

Potter era membro da Sociedade Unitariana de Madison (*Unitarian Society of Madison*), organização de inspiração cristã de perspectiva liberal.

Esse liberalismo era identificado como um foro aberto em que tanto ateus como crentes pudessem conviver dentro de opiniões teológicas ou não, desde que se propusessem a trabalhar na promoção da verdade, justiça, reverência e caridade entre os homens.

Sem nenhuma referência entre a visão de Potter e essa organização, é perceptível a grande proximidade entre o credo bioético potteriano e a filosofia dessa organização.

No seu livro *Bioethics: bridge to the future*, Potter faz um tributo ao teólogo Pierre Teilhard de Chardin, reconhecendo-o como um dos pioneiros na tentativa de reconciliação entre ciência e religião. Refere que esse autor devotou boa parte de sua vida a essa difícil tarefa²².

Chardin²³ acreditava que o progresso humano era o objetivo do universo e que, na sua totalidade, esse progresso caminha inexoravelmente para um ponto muito próximo do divino, no qual o teólogo deu o nome de Ponto Ômega.

João Paulo II¹, em sua encíclica *Fides et Ratio* (Fé e Razão), considera que a fé e a razão são como duas asas de um mesmo pássaro que voa em direção da verdade absoluta.

A bioética, ainda jovem, é um referencial de crítica e reflexão da radical transformação da cultura hegemônica da ciência e da tecnologia do mundo contemporâneo.

Não seria exagero configurar os primeiros passos da bioética aos valores defendidos pelo cristianismo, princi-

palmente na crítica à modernidade e à pós-modernidade em sua face racionalizada individualizada, mercantilizada e técnico-científica, que contradiz o respeito, a responsabilidade e o amor ao próximo em sua alteridade^{18,24,25,26,27}.

Nesse contexto há de se reconhecer que, juntamente com Potter, a Universidade Jesuíta de Georgetown e o Instituto Kennedy em Washington com A. Hellegers (1926-1979) e apoiado pela família Kennedy criaram o primeiro centro acadêmico no mundo em Bioética. Esse Instituto de Bioética e Estudos Populacionais proporcionou o aparecimento da bioética judia, protestante, católica e a bioética oriental asiática²⁸.

BIOÉTICA E ESPIRITUALIDADE

O desenvolvimento das tecnociências na área da saúde, principalmente na medicina, é o selo da pós-modernidade. Entretanto, quando falamos na relação saúde-enfermidade, o primeiro referencial que aparece como qualidade de vida é a ausência de uma doença físico-biológica. Mas o que vem aflorando como sinônimo de qualidade de vida é o viver saudável. Esse conceito passa inexoravelmente em torno das questões da espiritualidade, não importando se essa espiritualidade está ou não referendada no transcendental²⁹.

O que é notório da sociedade contemporânea do ter e do visível é a busca de um sentido para a vida, uma motivação para o ser que se encontra na sua subjetividade e que a entendemos como espiritualidade.

A bioética e a espiritualidade carregam sentidos densos e atraentes no exercício profissional da medicina e criam espaços fundamentais na arte do cuidar²⁹.

A tentativa da cura por meio dos diagnósticos preestabelecidos passa muitas vezes por um paradoxo, pois a indicação do tratamento pode deixar de proporcionar o benefício pretendido, como, por exemplo, na obstinação terapêutica nos casos de terminalidade de vida. Nessa circunstância, a espiritualidade e a bioética proporcionam a busca do sensato equilíbrio do cuidar da insuficiência orgânica priorizando o alívio do sofrimento e o conforto dos pacientes e familiares. Não é uma decisão fácil, pois se deve considerar meticulosamente caso a caso individualmente, reconhecendo a finitude da vida e as limitações da ciência médica³⁰.

Essa responsabilidade pelo outro reconhecido como vulnerável é o desafio espiritual da bioética e do cuidar, espaço em que a pessoa não é reduzida à dimensão biológica, mas considerada como uma unidade biopsicossocial e espiritual³¹.

As intervenções curativas e regenerativas das biotecnologias não podem esquecer a dimensão espiritual do ser humano, do contrário estarão apenas oferecendo próteses técnicas, não conseguindo preencher o vazio ou superar a crise existencial criada pelas limitações que elas querem resolver. A transsignificação possibilitada pelo espírito humano suscita uma capacitação personalizada e existencial para enfrentar adversidades que nenhuma técnica pode oferecer¹⁶.

É nesse cenário que a espiritualidade aflora como um referencial importante da Bioética.

Mais do que uma época de mudanças, vivemos em uma mudança de época. Fator decisivo para estes novos tempos foi o desenvolvimento da ciência, em seguida o da tecnologia – tecnociência –, que apresenta como um dos seus produtos a biotecnologia, que pretende revolucionar o mundo da vida e da economia neste início de século XXI³².

Paradoxalmente, é nesse contexto em que a medicina reduziu o paciente a uma dimensão meramente biológica, acabou por transformar-se na principal alavanca que promoveu a implosão do edifício da tecnociência e ressuscitou o ser humano biopsicossocial e espiritual³³.

BIOÉTICA E A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Ser médico é uma atividade humana que se caracteriza por certo tipo de conhecimento e postura, além da capacidade que o indivíduo terá em qualquer espaço e a qualquer tempo em que se realize.

O ser humano não nasce nem ético, nem antiético, ele nasce aético. Adquire-se a ética no curso do desenvolvimento e essa vem no bojo do processo de humanização, pelo qual todo indivíduo passará ao longo da sua vida. Não nascemos competentes nem autônomos. Tais condições são adquiridas com o desenvolvimento biológico, psíquico e social. A ética atende ao progresso.

É uma condição subjetiva - afetiva - cognitiva que o indivíduo irá adquirir com sua experiência desde estudante, até a vida profissional, mais do que a condição objetiva, que é o que o diploma de médico lhe confere. A ética depende da moral e pressupõe uma construção individual

aprendendo valores e verdades, como algo transformado pelos pensamentos e conscientizada na ação.

A bioética da relação médico-paciente, ou bioética clínica, como alguns bioeticistas preferem denominar, constitui, provavelmente, a parte mais complexa e, seguramente, a mais angustiante de toda a ética médica, pois é no exercício prático da medicina que surgem os verdadeiros conflitos éticos.

A bioética das relações parte das necessidades do indivíduo de perceber conflitos que podem surgir ao relacionar-se com outra pessoa. Esses conflitos próprios dos seres humanos podem ou não fazer parte da consciência dele, mas eles existem em consequência da necessidade de nos adaptarmos ao mundo. Ao tomarmos consciência deles, podemos compreendê-los ou não, modificando ou não nossa maneira de ser.

Na bioética da relação médico-paciente está o conflito entre o emocional e o racional; o maior desgaste do profissional médico não deve ao número de horas trabalhadas, mas à intensidade emocional com que a vivência de todos os seus atos, pois eles significam tratar com a vida, a honra e a saúde de outras pessoas. Contudo, na maioria das vezes este conflito é desconhecido tanto pelo médico quanto pela sociedade.

Na prática, o que mantém os vínculos na profissão médica são a confiança, compreensão e a compaixão. Devemos estar atentos a esses requisitos emocionais básicos se quisermos manter nossa função como profissionais da saúde humana. O médico nunca deve esquecer de quem o procura é um paciente e não uma doença; e o faz em função da dor e do sofrimento. O médico passa a atuar com a permissão do paciente e da sociedade.

Partindo dessas reflexões, e seguindo o percurso do ensino da ética, nas escolas, observamos que ela vem atendendo apenas às exigências do modelo biomédico, implantado nas sociedades ocidentais no início deste século, cujo marco inicial sempre referido é o relatório Flexner.

BIOÉTICA E O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O código de ética médica, por especificar as normas de comportamento ético e moral do médico, é de suma importância na relação com o paciente no contexto da sociedade contemporânea.

O novo Código de Ética Médica (CEM) foi aprovado em agosto de 2009, na IV Conferência de Ética Médica em São Paulo, e entrou em vigor em Abril de 2010³⁴. É composto por seis incisos em seu preâmbulo, 25 princípios fundamentais, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais.

Os princípios fundamentais sinalizam valores que constituem a essência da profissão médica, que se baseia no amor ao paciente no exercício da profissão, legado de Hipócrates (460 a.C.), na Grécia.

Alguns desses incisos, no que concerne à relação médico-paciente, merecem destaque:

I. A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II. O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano em benefício da qual deverá agir com máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V. Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar estes em benefício do paciente.

VI. O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

IX. A medicina não pode em nenhuma circunstância ou forma ser exercida como comércio.

XI. O médico guardará sigilo a respeito das informações que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, exceto nos casos previstos em lei.

XXII. 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.

No que concerne às normas deontológicas, o capítulo V trata especificamente da Relação Médico-Paciente e familiares e normatiza procedimentos como preconizado nos Princípios Fundamentais. Alguns artigos também merecem destaque:

Art. 35. É vedado exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se em qualquer procedimento médico.

Art. 36. É vedado ao médico abandonar o paciente sob seus cuidados.

No mesmo artigo, o parágrafo 2º afirma:

O médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Nesse mesmo capítulo V, o artigo 41 diz não à eutanásia no *caput*, não à prática da distanásia e sim aos cuidados paliativos:

É vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Em caso de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

A bioética como ética aplicada às situações que envolvem tomadas de decisões sobre conflitos ou divergências na assistência médica (Comitês de Bioética) incorpora importantes referenciais ao atual CEM. Na forma principialista, destacam-se os seguintes princípios: a não maleficência, a beneficência, a autonomia e a justiça, bem como referenciais de dignidade humana, respeito, responsabilidade e cidadania.

Um passo importante e histórico foi o de admitir a finitude humana, uma vez que no código anterior, de 1988, nos seus 19 princípios fundamentais, o paciente nunca morre, é como se a morte não existisse na relação clínica do médico e do paciente³⁵.

Dois incisos (VI e XXII) são consagrados a esse tópico:

VI. O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

XXII. 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.

O atual código de ética médica atinge o objetivo de vínculo entre regras e condutas para o exercício profissional. No âmbito da relação médico-paciente, cria um cenário novo, principalmente na presença das conquistas tecnológicas que vierem interferir desde antes do nascimento até depois da morte. Entretanto, no que concerne à espiritualidade e religiosidade, evoluiu pouco.

A bioética incorpora e destaca os valores identificados pela análise reflexiva das normas e condutas preconizadas, com ênfase principalmente na responsabilidade do cuidar e no respeito à dignidade do ser humano perante a vida.

Ao analisarmos os códigos de ética médica de outros países, como Canadá, Austrália, México, Portugal e Argentina, todos referendam o direito dos pacientes de receberem o conforto religioso ou espiritual. De maneira análoga é também encontrado na UNESCO, em sua “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”⁷.

BIOÉTICA, RELIGIÃO, ESPIRITUALIDADE E A ARTE DO CUIDAR NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A opção pela medicina transcende uma simples escolha, exige uma vocação direcionada fundamentalmente para o cuidar do outro.

Essa responsabilidade pelo outro como vulnerável é o desafio espiritual da bioética e da arte do cuidar. Ao agredir a dignidade do outro, para ele, você é o outro³⁶.

Na contemporaneidade de alta tecnologia, a bioética surge com referenciais de valores no intuito de promover uma reflexão interdisciplinar e transdisciplinar do ambiente acadêmico e na prática assistencial.

A ética no cuidado surge na gênese do termo bioética, incluindo as dimensões da bioética médica e da bioética ecológica³⁷.

A espiritualidade é a dimensão que promove a abertura da consciência do significado da vida. É uma sensação de algo que nos transcende e que, portanto, dá um sentido àquilo que fazemos e que somos³⁸.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO 19/10/2005), logo na sua introdução, apresenta como fundamentos uma visão antropológica integral, holística, contemplando a dimensão espiritual do ser humano: “Tendo igualmente presente que a iden-

tidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais”.

A medicina tem como finalidade precípua o cuidar de pessoas, e, nesse contexto, a relação médico-paciente representa o sentido, o significado, a identidade da profissão médica³⁹.

Paradoxalmente, o desenvolvimento científico e tecnológico, com suas inegáveis benesses para o progresso dos meios diagnósticos e terapêuticos, tornou-nos insensíveis ao sofrimento humano. Esse é o papel que a Bioética, que de forma interdisciplinar com a Antropologia, Filosofia, Ciência e Teologia, questiona: que sentido tem esse progresso senão para o benefício do ser humano?

A medicina hoje tornou-se uma profissão cuja única finalidade é cuidar de pessoas no meio de uma sociedade que não está interessada nas pessoas⁴⁰.

A relação médico-paciente, que é o termo central da medicina, porque envolve pessoas humanas, tem que ser repensada.

Numa sociedade onde a ciência médica tornou-se caudatária do capitalismo, o importante não é a pessoa, mas o que ela tem, e o cuidar da pessoa enferma é substituído pelo que se pode ganhar da pessoa.

Há uma onda crescente de descrédito na sociedade sobre médicos e medicina. E o pior, um desencontro entre os próprios profissionais. É uma fase e não um estado permanente. A medicina é uma profissão que enobrece o ser humano, pois não há nada mais nobre do que cuidar do homem que sofre⁴¹.

A arte do cuidar é extremamente complexa, dependendo de muitas variáveis, mas duas são fundamentais: a compreensão e a confiança, sendo que, no ápice dessa relação, como se fosse uma pirâmide, está a compaixão. A compreensão advém da capacidade do médico em se colocar na posição do doente que sofre; a confiança advém da postura que o médico adquire perante o paciente por sua competência como profissional e pela ética. A compaixão é o zelo do cuidar em que o médico vai encontrar na parábola do bom samaritano (Lc, 10, 25-34) e na referência do maior, entre todos os outros, mandamentos deixados por Jesus Cristo: “Amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo” (Mt 22, 34-40; Mc 12, 28-31; Jo 15, 12-17).

Para alcançar esse objetivo na relação médico-paciente, será necessário introduzir mudanças na formação acadêmica, para que estimule uma prática clínica mais

dialógica, reconhecendo como imprescindível a adoção de critérios que ofereçam informação dos pacientes sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, não simplesmente como uma atitude individual e assimétrica, mas como instrumento de efetiva interação intersubjetiva.

Daher Cutait⁴² sempre dizia que o importante na relação médico-paciente, além dos preceitos da competência e da confiança, é a maneira afetuosa de se tratar os doentes, e dominava essa atitude de espírito de solidariedade.

Entretanto, o modelo pedagógico alicerçado no racionalismo científico está educando os estudantes de medicina para interpretar a doença como fenômeno estritamente biológico, subestimando os aspectos psicossociais e espirituais dos pacientes.

Este é o desafio a ser enfrentado pelas faculdades de medicina, que é o de estabelecer diretrizes curriculares no modelo cartesiano-flexeriano, ou então de formar um profissional que saiba compreender e integrar todos os determinantes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais das doenças³⁰.

As questões éticas relacionadas ao fim da vida envolvem dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais. Recentemente uma tese de doutorado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo como objetivo avaliar a conduta clínica de médicos intensivistas de 11 unidades de terapia intensiva no complexo do Hospital das Clínicas nos cuidados aos pacientes terminais, evidenciou uma heterogeneidade nas decisões clínicas revestidas de amparo ético⁴³.

Essas posturas díspares evidenciam que há diferença entre a postura de manter a vida biológica a qualquer custo (distanásia) e a postura clássica do compromisso médico de curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar (cuidar) sempre (ortotanásia).

A UNESCO, em sua Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, apresenta como fundamento ético uma visão antropológica integral, holística, contemplando a “dimensão espiritual do ser humano”, tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais⁴⁴.

Para muitos autores, na longa história das religiões tradicionais está inserida a recente história da bioética. Aliás, muitos dos bioeticistas pioneiros no início dos anos 70 do século passado entraram na área a partir da sua formação teológica. Estas religiões nos apresentam interrogações diante do descobrimento das tecnociências e a

assistência médica na pós-modernidade: o que é saúde e doença? Qual é o valor da vida e o sentido da morte? Qual é a maneira humana de nascer, crescer, viver, adoecer e morrer? Como usar a tecnologia em benefício da humanidade? Quais os tratamentos que respeitam a dignidade humana?

É nesse espaço que a bioética, por meio de sua inter e transdisciplinaridade, permite uma reflexão profunda e dialógica na pluralidade de princípios e valores, que encontra na religião um valoroso contributo e interação²⁸.

Embora não haja unanimidade nos meios científicos cristãos, as encíclicas *Fides et Ratio*¹ e *Caritas in Veritate*⁴⁵ constituem referenciais para uma profunda reflexão do componente ético voltado para as questões morais da assistência médica na pós-modernidade.

A obra do décimo quarto Dalai Lama Tenzin Gyatso, líder religioso budista, *Uma ética para o novo milênio*, é também um marco para reflexões éticas e bioéticas na contemporaneidade⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A radiografia da pós-modernidade é paradoxal. No setor da saúde, a assistência médica, quer seja nos meios diagnósticos e terapêuticos e na intersubjetividade do encontro entre o médico e doente, merece uma reflexão urgente e profunda.

Deparamo-nos com um arsenal tecnológico e científico impensável no início do século passado. A partir da revolução terapêutica, com a descoberta dos antibióticos em 1928, a fissão do átomo, em 1940, e a descoberta da dupla hélice do DNA, em 1953, a ciência trouxe progressos e contribuições importantes para a medicina, mas a relação humanizada do médico com o paciente baseada na propedêutica clínica tradicional foi transferida para a dependência de exames laboratoriais e complementares.

As especialidades e subespecialidades de multiplicaram, com formação de especialistas voltados especificamente para diagnóstico e tratamento de porções segmentadas do corpo humano acometidas por doenças.

O que se constata como consequência é que se perdeu a visão conjunta e holística do ser humano no seu contexto biopsicossocial e espiritual.

Para ser médico, tem que gostar de pessoas, e a compaixão é o principal referencial do cuidar na relação do médico com o doente⁴⁰.

Formação deficiente, má remuneração, relacionamento despersonalizado, demanda e volume exagerado imposto por medicina de convênios e sistema público de saúde acarretam uma insegurança na conduta profissional, que recorre a exames complementares desnecessários para se proteger de questões judiciais sobre possíveis erros médicos.

É notório o empenho que vem se desenvolvendo pelas religiões, academias e associações médicas para reverter essa realidade com o intuito de humanizar essa relação médico-paciente. Mas dois pontos são fundamentais: que as universidades e o estado se associem com objetivos comuns.

O primeiro é o elemento formador (a universidade) e o segundo é o estado (governo), quer seja em nível municipal, estadual ou federal.

A universidade tem a responsabilidade de formar um médico qualificado cientificamente e com sólida formação ética e profissional. O estado, o de disciplinar o surgimento de cursos, coibindo aqueles sem qualificação, e monitorar a qualidade dos egressos⁴⁶.

O programa de saúde da família, no setor público (SUS), com uma proposta de integração docente assistencial com a universidade, em níveis hierarquizados de cuidados primários, secundários e terciários de nosologias regionalizadas, é uma experiência rica para a formação universalizada do futuro médico comprometido com a cidadania.

A bioética, por sua interdisciplinaridade e pelo referencial da espiritualidade, aflora como um balizador na relação médico-paciente, onde a compaixão traduzida em atitude de solidariedade esta gênese das religiões.

REFERÊNCIAS

1. João Paulo II, Papa. Carta Encíclica *Fides et Ratio*. São Paulo: Paulinas; 1998.
2. Betto F, Gleiser M, Falcão W. Conversa sobre a fé e a ciência. Rio de Janeiro: Agir; 2011.
3. Hossne WS. Vale a pena ser médico? 2a ed. São Paulo: Moderna; 1985.
4. Cortella MS. Qual é a tua obra?: inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. São Paulo: Vozes; 2007.
5. Bauman Z. Vida em fragmentos: sobre a ética pós-moderna. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
6. Morin E. Rumo ao abismo? Ensaio sobre o destino da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011.
7. Pessini L. Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo; 2010.
8. Soares AMM, Pinheiro WE. Bioética e biodireito: uma introdução. São Paulo: Loyola; 2006.
9. Dalai Lama. Uma ética para o novo milênio. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
10. Souza VCT. Universidade, ética e espiritualidade. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Buscar o sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade. São Paulo: Paulinas; 2008.
11. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.
12. Betto F, Barba E, Costa JF. Ética. Brasília: Codeplan; 1997.
13. Gregório SB. Religião e vivência religiosa. Rev Filos São Paulo. 1995;1(1):300-5.
14. Carvalho JJ. Características do fenômeno religioso na sociedade contemporânea. In: Bingenar MC, organizador. O impacto da modernidade sobre a religião. São Paulo: Loyola; 1992.
15. Coutinho V. Bioética e teologia: que paradigma de interação? Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2005.
16. Junges JR. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola; 2006.
17. Pessini L. Bioética e o futuro pós-humano: ideologia ou utopia, ameaça ou esperança. In: Cruz ER, organizador. Teologia e ciências naturais: teologia da criação, ciências e tecnologia em diálogo. São Paulo: Paulinas; 2011.
18. Stempsey WE. Religion and bioethics: can we talk. J Bioethical Inquiry. 2011;8(4):339-50.
19. Boff L. Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos. Rio de Janeiro: Record; 2009.
20. Anjos MF. Bioética e teologia na sociedade plural. In: Neves MCP, Lima M, organizadores. Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades. Coimbra: Gráfica de Coimbra / São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
21. Anjos MF. Bioética e religião na América Latina. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética na Ibero-América: história e perspectivas. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola; 2007.
22. Pessini L. Bioética: das origens aos desafios contemporâneos. In: Transferett J, Zacharias R organizadores. Ser e viver: bioética, biotecnologias e sexualidade. Aparecida (SP): Santuário / São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2008.

23. Chardin PT. Reflexões e orações no espaço-tempo. Rio de Janeiro: José Olympio; 1978. (Textos reunidos e anotados por: Edouard e Suzanne Bret)
24. Engelhardt Jr HT. Medicine, philosophy, and theology: Christian Bioethics reconsidered. *Christian Bioethics*. 2002;8(8):105-17.
25. Cozby D. So finally, what is Christian about Christian bioethics. *Christian Bioethics*. 2005;11(3):255-67.
26. Waters B. What is Christian about Christian bioethics? *Christian Bioethics*. 2005;11(3):281-95.
27. Libanio JB. Em busca de lucidez: o fiel da balança. São Paulo: Loyola; 2008.
28. Díaz JDT. Bioética y religiones. In: Casabona CMR. *Enciclopedia de bioderecho y bioética*.
29. Pessini L, et al. Bioética, saúde e espiritualidade. *Mundo Saúde*. 2007 Jun;31(2):149-52.
30. Siqueira JE. Educação médica em bioética. *Rev Bras Bioética*. 2007;3(3):301-27.
31. Zoboli ELCP, Pegoraro PBB. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *Mundo Saúde*. 2007 Jun;31(2):214-23.
32. Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS, organizadores. *Bioética em tempo de incertezas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Loyola; 2010.
33. Pessini L. Bioética, saúde e espiritualidade: para uma compreensão das interfaces. In: Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade*. São Paulo: Paulinas; 2008.
34. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Resolução CFM n. 1931/2009. Ementa aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 set 2009. Seção 1, p. 90-91.
35. Pessini L. Medicina brasileira e ética: uma leitura sobre terminalidade e espiritualidade nos códigos de ética médica brasileiros e sobre diretrizes de alguns países. *Vida Pastoral*. 2011 Fev;52(276).
36. Pessini L. Bioética: a evolução na investigação científica. In: Neves MCP, Lima M, organizadores. *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra: Gráfica de Coimbra / São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2004.
37. Zoboli ELCP, Pegoraro PBB. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *Mundo Saúde*. 2007 Jun;31(2):214-23.
38. Pessini L. A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. *Mundo Saúde*. 2007 Jun;31(2):187-95.
39. Souza VCT. Bioética e espiritualidade na sociedade pós-moderna – desafios éticos para uma medicina mais humana. *Rev Bioethikos*. 2010 Mar;4(1):86-91.
40. Jatene AD. Carta a um jovem médico: uma escolha pela vida. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
41. Luz PL. Nem só de ciência se faz a cura: o que os pacientes me ensinaram. São Paulo: Atheneu; 2001.
42. Cutait DE. Um médico, uma vida. São Paulo: Arx; 2000.
43. Forte DN. Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim da vida em UTI [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.
44. UNESCO. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: UNESCO; 2006 [acesso Out 2011]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
45. Bento XVI, Papa. Carta Encíclica *Caritas in Veritate*. São Paulo: Paulinas; 2009.
46. Dias JCP. É tempo de resgatar a humanidade na relação médico-paciente. *J Opinião, Belo Horizonte*. 2001 Fev 5;23(1181):4-5.

Recebido em: 07 de fevereiro de 2012
Versão atualizada em: 05 de março de 2012
Aprovado em: 19 de março de 2012