

*Os valores são as referências indispensáveis, inferidas pelo homem, a partir da experiência da sua incontornável finitude.*

Jean Nabert

## ÍNDICE

Resumo .....	5
Abstract .....	6

## INTRODUÇÃO

### PARTE I

1.1 Percurso Epistemológico e História da Ideia de Bioética.....	7
1.2 A Bioética e a Evolução da Medicina Intensiva .....	11
1.3 Valores e Experiência Humana .....	14
1.4 Valores e Princípioalismo .....	17

### PARTE II

#### FILOSOFIA DOS VALORES

2.1 História da Teoria dos Valores .....	19
2.2 A Estrutura do Valor .....	23
2.2.1 Facto e Valor .....	23
2.2.2 Forma Constitutiva dos valores .....	26
2.3 Ontologia dos Valores .....	27
2.3.1 Realização dos Valores .....	30
2.3.2 Validade e Valores .....	33
2.3.3 Classificação dos Valores .....	35
2.3.4 Hierarquia dos Valores .....	40

2.4 Gnoseologia dos Valores .....	42
2.5 Antropologia dos Valores .....	51
2.5.1 Ser Homem e Valores .....	51
2.5.2 Cultura e Valores .....	52
2.5.3 Antropologia dos Valores e Bioética .....	53
2.6 Teologia dos Valores .....	55
2.6.1 Os Valores e a sua Relação com Deus .....	55
2.6.2 Os Valores e a Relação Homem - Deus .....	59
2.7 Metafísica dos Valores .....	62
PARTE III	
DECISÃO E VALORES	
3.1 A Consciência Moral e os Valores .....	71
3.2 Juízo Moral / Juízo Ético .....	74
3.3 Conflitos de Valores, Ética da Discussão e Consenso em Bioética.....	76
3.4 Estruturas de Apoio à Decisão Médica em Cuidados Intensivos .....	81
3.4.1 Sistemas Informáticos como Elemento de Apoio à Tomada de Decisão.....	82
3.4.2 Directivas Antecipadas da Vontade como Elemento de Apoio à Tomada de Decisão.....	84
3.4.3 Consentimento Informado como Elemento de Apoio à Tomada de Decisão.....	87
3.5 A Decisão Baseada na Evidência e a Decisão Baseada nos Valores .....	88

3.5.1 Objectividade e Subjectividade na Decisão .....	88
3.5.2 A Doença e o Doente na Decisão .....	91
3.5.3 Programa de Ética Organizacional em Cuidados Intensivos Baseado nos Valores .....	92

#### PARTE IV

LEVANTAMENTO EMPÍRICO / ANÁLISE DE CONTEÚDO .....	99
---	----

CONCLUSÃO.....	132
----------------	-----

BIBLIOGRAFIA .....	134
--------------------	-----

#### ESQUEMAS

Esquema 1 – Classificação dos Valores por Johannes Hessen.....	39
Esquema 2 – Princípio Fundamental da Fenomenologia.....	64
Esquema 3 – Pensamento Valorador.....	90
Esquema 4 – Ética Organizacional.....	99

## RESUMO

Este trabalho tem como objectivo, por um lado, explorar a noção de valor, sob o ponto de vista do seu enquadramento na história do pensamento, sob o ponto de vista gnoseológico, ontológico, antropológico, metafísico e teológico; por outro lado, procurámos saber como é que os valores se articulam com a multiplicidade de casos clínicos e éticos vivenciados nos cuidados intensivos, e que tipo de intervenção e peso é que estes representam no momento da decisão. Procurámos destacar, neste trabalho, que influência representa os valores numa procura de objectividade na decisão.

A segunda parte encerra algumas conclusões retiradas de uma entrevista semi-directiva a médicos de unidades de cuidados intensivos (UCI) de alguns hospitais da área metropolitana de Lisboa. Através da entrevista pretendemos articular os valores do ponto de vista teórico com a sua aplicabilidade na decisão em medicina intensiva. O carácter pragmático e técnico da decisão ainda é o mais privilegiado pelos decisores, apesar de haver um progressivo interesse na decisão baseada nos valores. A partilha da decisão restringe-se ao grupo médico, não sendo alargada aos outros profissionais envolvidos. A maioria dos entrevistados concordou que a alteração dos valores alterou quer a forma de decidir, quer a importância que se dá a alguns conceitos, como por exemplo, qualidade de vida. As respostas dividiram-se no que diz respeito à hierarquização que se faz dos valores na tomada de decisão. Das entrevistas surgiu uma heterogeneidade de conflitos de valores e configurações do que consideraram ser uma boa e má decisão em CI. Por fim, tentámos explorar de que forma a implementação de um modelo de ética organizacional pode contribuir para minimizar os conflitos de valores nestas UCI.

**Palavras-chave:** Unidade cuidados intensivos; Axiologia; Tomada de decisão; Sistema adaptativo complexo; Ética organizacional.

## ABSTRACT

The objectives of this study are twofold: First, to explore the notion of value, especially in the perspective of historical reasoning, as well as in the perspective of gnoseology, ontology, anthropology, metaphysics and theology. Furthermore, we wanted to know how values articulate with the diversity of clinical cases and ethical situations experienced in an Intensive Care Unit; especially what type of intervention they triggered or what weight they had on decision making. We tried to establish what influences values have on the objectivity of decision making.

The second part contains some conclusions from a semi-directed interview of physicians from Intensive Care Units of some Hospitals in the Lisbon area.

Using the interview we tried to articulate the values from a more theoretic point of view and their use in decision making in intensive care medicine. The pragmatic and technical aspects of decision making is still the most privileged by those making decisions, although there appears to be an increasing interest in decision making based on values. Decision making is only shared between physicians and does not involve other health care professionals. The majority of the interviewed people agreed that changing the values changes both, the way how they decide and the importance they attribute to some concepts, like, for example, the quality of life.

The answers were distributed in function of the hierarchy that the values are divided into during the decision making. The interviews showed heterogeneity of conflicts of values, values considered being good and bad decision in an ITU setting. Finally, we tried to find out, how an organizational ethics could help to minimize conflict of values in an ICU setting.

**Keywords:** Intensive Care Unit; Axiology; Decision making; Complex Adaptive System; Organizational Ethics.

## INTRODUÇÃO

### 1.1. Percurso Epistemológico e História da Ideia de Bioética

Antes de 1970 ninguém no mundo, incluindo a comunidade científica, falava de bioética, até Van Renselaer Potter publicar um artigo intitulado, *Bioethics: The Science of Survival*. Estávamos, então, perante uma disciplina, que à semelhança de todas as disciplinas recém criadas aguardava uma clarificação epistemológica. Esta clarificação tornava-se urgente na medida em que era indispensável situar esta nova disciplina, definir o seu âmbito de aplicação e o seu método. A história das ideias mostra-nos como foi difícil ao longo dos tempos adoptar uma visão linear e alcançar unanimidade de pensamento no que diz respeito aos pioneiros de uma determinada corrente. A bioética não foi excepção neste domínio. No entanto, e apesar da indefinição em relação ao seu estatuto epistemológico, não restavam dúvidas quanto à sua missão essencial: zelar pela dignidade da pessoa humana.

A procura de uma clarificação epistemológica para a bioética é inseparável de outras questões que necessariamente derivam da primeira, tais como as relativas à sua definição, objecto e método.

Existem muitas definições de bioética e muitas delas bastante divergentes uma das outras. Adoptaremos aqui a que foi preconizada por Warren T. Reich, na *Enciclopédia de Bioética*, como sendo o “estudo sistemático da conduta humana no campo da ciência, vida, saúde, examinados à luz dos valores e dos princípios morais”<sup>1</sup>. A definição proposta por Reich é susceptível de muitas análises. Obviamente que a escolha desta definição se prende com a necessidade de questionar que valores e

---

<sup>1</sup> Reich, W. T, *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, 1995, p. 248

princípios morais é que estão presentes e como é que eles se articulam na decisão médica em cuidados intensivos.

Quanto ao seu objecto a bioética move-se nos campos de acção da ciência biológica, das ciências médicas, das ciências biomédicas, não sendo portanto estanque. Existem problemáticas, tais como os hábitos alimentares, as condições de trabalho, a política social, que apesar de não estarem directamente relacionadas com a bioética interferem com a consciência e a dignidade do homem; apesar de não serem problemas médicos e de terem um pano de fundo diferente, são, na sua essência, pensados da mesma forma que a bioética pensa os problemas ligados ao aborto, às técnicas de reprodução artificial, ao transplante de órgãos, à possibilidade de reanimação, etc.

Quanto à pergunta pelo método, podemos dizer que a resposta está contida na própria definição de bioética e resume-se a dois conceitos: multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. A bioética precisa a cada instante da investigação e de dados científicos de várias ordens. São as diversas ciências que fornecem os dados à bioética. À medida que a bioética se foi desenvolvendo e alargando o seu âmbito, foi também assumindo diferentes posições e, conseqüentemente, configurando diferentes abordagens dos seus problemas; a exposição que se segue simplifica um quadro bem complexo, reduzindo ao essencial as várias posições:

A posição *contratualista* recorre à norma e a procedimentos objectivos para a resolução dos seus problemas. Os contratualistas pretendem a construção de uma ética democrática, assegurando a igual oportunidade para todos.

A posição *clínica* está ancorada num pragmatismo. Ao contrário da posição anterior, não tenta encontrar a sua resolução em procedimentos gerais, mas observa a circunstância concreta.

A visão *utilitarista* acha que a solução para um determinado problema está na fórmula de relação custo / benefício, pretendendo maximizar o bem e minimizar o sofrimento ao maior número de pessoas.

Por último, para a perspectiva *personalista* o critério moral encontra-se na natureza humana. Esta posição é diferente de todas as outras na medida em que é chamada para interrogar a natureza mais profunda do Homem, interrogando a base de sustentação da plena realização humana.

Daqui se compreende que para o mesmo problema haja, por vezes, respostas diferentes. Do ponto de vista da fundamentação antropológica há uma diferença entre bioética personalista e bioética laica que importa salientar:

A bioética personalista tende a ser etiquetada como católica, na medida em que tem em conta concepções partilhadas sobretudo por quem crê em Deus e na revelação cristã.

A bioética laica recusa qualquer referencial religioso e do ponto de vista antropológico encontra-se na mesma linha de pensamento da filosofia moderna imanentista.

A distinção entre estas duas posições é sobretudo visível no que toca ao modo como cada uma concebe a vida do ponto de vista ético. É obvio que para toda a bioética a vida é um valor e um valor primário. No entanto, para a bioética personalista a vida é um valor absoluto, porque se trata da vida de uma pessoa humana. Para a bioética laica a vida é um valor só em determinadas condições; a vida humana só o é mediante condições suficientemente boas, de outra forma trata-se de uma «*vita-senza-valore*»<sup>2</sup> que quando não vale a pena ser vivida perde todo o seu significado. Obviamente que estas duas posições têm na base duas concepções antropológicas diferentes; a bioética

---

<sup>2</sup> Expressão utilizada em: Ciccone, Lino, *Bioetica Storia, Principi, Questioni*, Milano, Edizione Ares, 2003, p. 28.

laica baseia-se numa antropologia substancialmente materialista. No caso de se colocar um cenário duma doença grave onde não se vislumbre uma recuperação para uma qualidade de vida suficientemente boa, prefere que a vida termine com o menor sofrimento possível. Coloca-se a tradicional questão na bioética personalista de aferir acerca do que é que se entende por “qualidade de vida”. Para a bioética personalista a vida é inviolável de uma forma absoluta. Estas duas concepções antropológicas e formas de ver a vida do ponto de vista ético. Podem resumir-se de uma forma mais simplista, considerando a bioética personalista como uma ética da sacralidade da vida e a bioética laica como uma ética da qualidade de vida.<sup>3</sup>

O nascimento da bioética coincide com a procura de um posicionamento institucional. Sem ter definido ainda um estatuto epistemológico, a bioética teve uma fase de algum improviso na tentativa de encontrar soluções concretas para os problemas que o avanço da ciência biomédica vinha colocando. Este posicionamento institucional passava pela sua sistematização. Uma primeira tentativa, e corajosa, foi a constituição da *Enciclopédia de Bioética*, de Warren T. Reich, do Kennedy Institute. Esta sistematização convidava à constituição de um conceito uniforme de bioética; era preciso homogeneizar e tornar consistente a ideia de bioética e Potter deu um contributo institucional e científico tão grande quão decisivo.

No início, a visão solipsista dava só atenção aos problemas da ética médica; isto fez com que se esquecesse a ideia originária de bioética, aquela que se refere a um quadro global da vida em consonância com os valores humanos. Potter tem uma concepção de bioética mais ampla que envolve uma relação estreita entre bioética médica e ambiente. Outros pensadores na abordagem da bioética com a teologia moral, defendem que a bioética tem uma origem teológica. Para Roberto Mordacii a

---

<sup>3</sup> A distinção entre bioética laica e personalista é feita por Lino Ciconne em *Bioetica, Storia, Principi, Questioni*, Milano, Edizione Ares, 2003, p. 25.

marginalização da teologia na bioética deve-se ao facto da filosofia ter vindo a assumir um papel de maior destaque. O autor refere mesmo que a teologia se tornou cada vez mais incomodativa no meio da bioética.<sup>4</sup> Esta questão coloca-se pelo facto de a bioética ser uma disciplina que se move num plano puramente racional, enquanto que a reflexão ética de matriz cristã, chama a si uma causa puramente de fé cristã. Tudo depende da forma como nos posicionamos perante a bioética; se nos colocarmos do ponto de vista do puro pensamento que procura soluções ancoradas numa visão profunda e integral do homem, da sua dignidade, do seu destino, aqui, sim, é preciosa a ajuda da reflexão ética cristã.

A ideia de bioética vai-se tornando consistente, tendo havido momentos marcantes no processo de institucionalização: desde o julgamento de Nuremberga que foram criados vários documentos, directrizes, relatórios e declarações, fomentando a reflexão pluridisciplinar e facilitando a resolução das problemáticas vigentes.

## 1.2 A Bioética e a Evolução da Medicina Intensiva

O aparecimento de novas ciências e os avanços tecnológicos fizeram também com que a medicina evoluísse, melhorando assim a qualidade de vida do Homem e aumentando a sua esperança média de vida. A medicina tal como hoje se apresenta é uma ciência substancialmente diferente em relação à medicina da década de 50 e 60; esta diferença vai desde a sua prática até à relação médico / doente. O desenvolvimento das ciências biológicas fomentou a criação de uma medicina científica e tecnológica.

O desenvolvimento das técnicas de reanimação respiratória, cardíaca, equilíbrio hidroelectrolítico, a reposição pronta de fluidos orgânicos e da reconstituição do meio

---

<sup>4</sup> Mordacii, R., (edição coordenada), AAVV, “L’ incerta vicenda della bioética. Saggio di interpretazione sintética”, in , *La bioética. Questione civile e problemi teorici sottesi*, Milano, Glossa, 1998, pp. 21-53.

interno, o desenvolvimento da bioelectrónica e os métodos que daí surgiram de exploração biológica pela imagem permitiram o desenvolvimento da medicina intensiva e conseqüentemente o aparecimento de unidades de tratamento intensivo. A medicina está cada vez mais a perder a sua autonomia, porque cada vez mais precisa da colaboração de outras áreas do saber; quer de um saber mais técnico, quer de um saber mais teórico. A comunicação instantânea entre os homens de ciência permitiu que todos os que têm preparação científica e técnica sejam interlocutores activos e permanentes e entre si desempenhem actividades complementares nestes rápidos avanços do conhecimento e isso fez-se sentir nas unidades de cuidados intensivos. “O desenvolvimento de grandes estudos feitos com metodologias rigorosas permitiu conhecer com exactidão o que é errado, o que é possível, o que é provável, o que é muito provável, e, talvez, o que é certo. Permitiu-nos sobretudo conhecer com rigor as margens de erro com que é possível actuar.”<sup>5</sup> O profissional de saúde está hoje rodeado de outros profissionais de outras áreas tecnológicas. Tornou-se imprescindível a comunicação dos saberes. Este era um dos aspectos impensável há dezenas de anos atrás. Os vários ramos da engenharia, as ciências farmacêuticas, a biologia, a química, a psicologia, a antropologia, o serviço social, etc. estão hoje cada vez mais presentes no dia-a-dia dos cuidados intensivos.

Ora, toda esta reunião de técnicos altamente qualificados e, conseqüentemente, da alta tecnologia traz, por um lado, melhores cuidados de saúde e aumento da qualidade de vida, mas, por outro, torna qualquer sistema de prestação de cuidados altamente dispendioso, colocando em última análise em questão o financiamento ou mesmo o modelo de financiamento do sector da saúde.

---

<sup>5</sup> Barbosa, António, Silva, João Ribeiro da, Vale, Fernando, *Contributos para a Bioética em Portugal*, Lisboa, Centro de Bioética da FMUL, Cosmos, 2002. p.80.

O desenvolvimento científico e tecnológico das últimas décadas teve também o seu grande impacto na clínica. Os serviços de saúde mudaram radicalmente não só no seu espectro como na sua forma de actuar. É difícil encontrar, hoje, um serviço de saúde que não esteja rodeado de tecnologia; de facto, neles trabalham equipas complexas num espaço confinado, com especialistas que dominam saberes, artes e tecnologias específicas e complementares. As especializações levaram à criação de departamentos e subdepartamentos dentro de uma mesma instituição. Criaram-se hospitais dedicados a certos sectores da patologia e do exercício sectorial da medicina que tendem a reproduzir o modelo das grandes unidades hospitalares. Estas instituições constituem ao mesmo tempo, por um lado, o efeito das conquistas científicas da medicina operacional e, por outro lado, a própria condição do seu desenvolvimento.

Sendo os serviços de saúde e concretamente os cuidados intensivos o principal palco onde se concentra toda a multiplicidade de acontecimentos que acabámos de citar, é também aqui que o profissional de saúde se depara com situações de despersonalização, por um lado, e, por outro, com situações em que a prática clínica o obriga a tomar partido. A tecnologia que permite restabelecer a saúde no doente é a mesma tecnologia que instaurou nestes serviços uma prática rotineira de tomada de decisões em que habitualmente está em causa a vida dos doentes. É neste contexto que surge a reflexão bioética, como forma de resolução de conflitos de valores. A bioética deve acompanhar os avanços da medicina intensiva como forma de dar resposta e ajudar a minimizar os factores de despersonalização atinentes a este serviço.

Toda esta problematização em torno da articulação entre valores e decisão se coloca porque no centro de toda esta concentração tecnológica se encontra, e é sobre ela que incide, a pessoa. Os valores têm que ver directamente com a relação que se

estabelece entre o ser pessoa e a acção humana. Todos os factos anteriormente referidos se situam num horizonte de passividade até entrar em jogo a noção de pessoa.

### 1.3 Valores e Experiência Humana

A não tematização de um assunto não pressupõe a sua não existência; significa isto que, embora a temática dos valores seja recente, aquilo para que aponta foi já de alguma forma considerado pelos pensadores da Grécia antiga. A temática dos valores surgiu no contexto da crise epistemológica, aberta pelo positivismo e pelo neopositivismo, como forma de viabilizar e dar outra abertura à filosofia de carácter especulativo. Para além das ciências exactas que reivindicavam o monopólio de um saber legítimo, havia que garantir uma outra forma de saber que visasse outro objecto, radicalmente distinto do primeiro mas igualmente autêntico. A filosofia deixa de se focar no *ser* para se consagrar ao *valor*.

Este não deixa de ser um aspecto importante para a nossa abordagem na medida em que, não descurando o carácter objectivista, assertivo, que em nosso entender deve estar presente no conhecimento, queremos com este trabalho analisar o peso que os valores têm num terreno em que por excelência opera um saber que se pretende exacto e objectivo. Trata-se de ver como é que os valores navegam nas águas do saber objectivo. A temática dos valores é caracterizada ao mesmo tempo pela sua ambivalência, na medida em que aponta para uma realidade subjectiva e, ao mesmo tempo, constitui-se como uma realidade factual. Todo o esforço dos pensadores que se dedicaram na contemporaneidade ao estudo dos valores, principalmente Max Scheler e Nicolai Hartmann, vai no sentido duma abordagem que procura apreender fenomenologicamente os valores e o seu ser intencional na consciência. Esta

tematização assume um lugar central na moderna filosofia dos valores de base fenomenológica. É com base nesta linha de pensamento que pretendemos considerar a questão dos valores nos cuidados intensivos.

Os valores adquiriram na sociedade moderna uma particular importância e foram objecto de tematização em parte devido às escolhas que o indivíduo tem de fazer, e particularmente no que diz respeito ao rumo que tem de dar à sua vida e às suas escolhas. Os valores apresentam-se como algo que está directamente relacionado com a experiência humana.

Os valores têm uma referência objectiva na medida em que têm que ver com realidades que nós experienciamos e têm também uma vertente positiva e uma vertente negativa. Para Paul Ricoeur, os valores estão associados a sentimentos; nós sabemos que a saúde é boa porque nos sentimos bem quando estamos saudáveis. Os sentimentos positivos marcam a presença do valor.

Compreende-se, assim, que os valores estão intimamente relacionados com necessidades e desejos. Há tantos e tão diferentes tipos de valores quanto diferentes tipos de experiências: valores sensoriais; valores orgânicos; valores pessoais; valores interpessoais ; valores sociais; valores culturais e valores religiosos.

Virtualmente todos os tipos de valores figuram na prática biomédica. “Os valores orgânicos têm aqui um papel privilegiado e básico: vida; saúde; vigor; integridade. O objectivo é promover a saúde e salvar vidas. Os valores são ao mesmo tempo geradores de problemática interna. Ao mesmo tempo que o nosso impulso natural tende para a vida e para a saúde somos travados pela nossa vulnerabilidade.”<sup>6</sup> Os valores profissionais e económicos intersectam a prática médica de forma semelhante; estas duas categorias de valores entram facilmente em rota de colisão. Os médicos são

---

<sup>6</sup> Ogletree, Thomas W., Reich, T., “Value and Valuation”, in *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1995, pp 2515 – 2520.

profissionais que lutam pela vida humana, mas ao mesmo tempo “lutam” também por interesses económicos.

O fenómeno valorativo é algo que envolve aquilo que de mais íntimo existe na pessoa. O profissional de saúde é uma pessoa e é para esta que converge toda esta problemática. Não quero dizer com isto que o ser pessoa se sobrepõe ao profissional de saúde; no entanto, há matérias que são constitutivas de determinados horizontes. A chamada “consciência dos valores” e a emissão de “juízos de valor” é qualquer coisa que está presente e se enquadra no âmbito do ser pessoa. É este ser pessoa que entra na abordagem da filosofia dos valores, mas também o profissional de saúde. Quando falamos em ser pessoa e profissional de saúde, estamos a falar de entidades diferentes com uma unidade constituinte diferente, podendo estas duas estruturas potenciar conflito. A noção de pessoa e condição pessoal, que não iremos desenvolver neste trabalho, foi alvo das mais diversas abordagens ao longo dos tempos sofrendo várias alterações desde a antiguidade clássica até à contemporaneidade.

A abordagem que iremos fazer sobre o conceito de decisão e filosofia dos valores incidirá numa perspectiva dos valores individuais de quem decide e de outras abordagens valorativas que estejam presentes no momento de tomada de decisão em ambiente de cuidados intensivos. Esta relação entre decisão e valores estará patente no capítulo deste trabalho que diz respeito a um levantamento empírico feito através de entrevistas a médicos de unidades de cuidados intensivos gerais. Com estas entrevistas pretendemos fazer um levantamento de questões que aprofundem a reflexão sobre este tema.

A entrevista aplicada foi a mesma e incidiu na identificação dos valores tanto da perspectiva do decisor, quanto do doente, do serviço e da família. Que valores estão

presentes na tomada de decisão? Que conflitos ou potenciais conflitos poderão surgir pelo facto de haver confronto de valores antagónicos presentes na decisão?

#### 1.4 Valores e Princípioalismo

Falámos no início deste trabalho da constituição duma ideia de bioética, do contributo desta para a sua institucionalização, surge, com base no trabalho desenvolvido por Beauchamp e Childress, uma tentativa bem sucedida, de sistematização e conceptualização das problemáticas que envolviam a bioética. Os princípios da autonomia, da beneficência, da justiça e da não-maleficência, foram o resultado deste trabalho conceptual para aplicação na prática biomédica.

Princípio é uma estrutura mental organizadora do pensamento. À semelhança do conceito, que é uma representação intelectual das características essenciais de um objecto, também o princípio tem por finalidade reunir as características genéricas de um determinado discurso. Da mesma forma que, por exemplo, a lógica, como disciplina que tem como objectivo organizar e tornar o discurso válido através dos seus princípios lógicos, também a bioética, tomando como imperativo a resolução das suas problemáticas, formulou os seus princípios.

Valores são critérios orientadores das nossas escolhas, das nossas inclinações e que em última análise se podem materializar quer na formação da nossa personalidade quer nas nossas tomadas de decisão.

Como poderemos verificar na parte empírica deste trabalho, houve alguma dificuldade, da parte dos médicos que integraram o estudo, em distinguir entre valores e princípios da bioética. Muitos deles, referiram-se aos princípios da bioética como sendo valores. Esta analogia, em nosso entender, não está de todo incorrecta; em boa verdade, a

autonomia, a beneficência, a justiça, constituem-se como valores. A distinção que aqui queremos salientar é que é de carácter conceptual e queremos também reforçar a ideia de que quando Beachamp e Childress se referiram a estes conceitos não foi no sentido valorativo, mas como princípios organizadores do pensamento bioético.

A própria metodologia axiológica é diferente da defendida pelo principialismo que propõe uma análise de casos baseada num tipo de raciocínio dedutivista. Este modelo permite, por um lado, concluir de uma ou várias proposições, admitidas como verdadeiras, uma ou várias proposições que delas se seguem necessariamente, permite também comparar dois conceitos com um terceiro de modo a verificar a identidade ou a não identidade do mesmo objecto material. O principialismo propõe um modelo de análise que vai do geral para o particular; foi esta a principal crítica feita ao principialismo por Albert Jonsen<sup>7</sup>, defensor de um modelo indutivista de análise de casos; os defensores deste modelo propõem que se vá do particular para o geral; a este modelo, Diego Gracia<sup>8</sup>, apelidou-o de decisionista.

A metodologia axiológica desenvolve-se em paralelo como o emergir da filosofia dos valores, à medida que os métodos positivistas iam sendo postos em causa. Este trabalho, não desvalorizando os outros métodos de decisão, propõe uma aproximação dos valores à decisão (método axiológico).

Na maioria dos casos de medicina intensiva, vai-se de uma fase aguda da doença para uma fase crónica, de estabilização ou não estabilização da situação de doença. Oportunamente, neste trabalho, questionaremos, se haverá metodologias decisionais que se adequam melhor a cada uma destas fases que acabámos de referir, de forma a otimizar as ferramentas que temos ao nosso dispor.

---

<sup>7</sup> Sobre a crítica ao principialismo feita por Albert Jonsen foi aqui fundamentada através de Gracia, Diego, *Fundamento de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989, p. 441-442.

<sup>8</sup> Gracia, D., *Fundamentos...*, p. 422

## PARTE II

### FILOSOFIA DOS VALORES

#### 2.1 História e Teoria dos Valores

O homem durante a sua vida é confrontado com situações muito diversas e com uma multiplicidade de valores que dão sentido à sua existência e que o levam a opções que ultrapassam incessantemente as fronteiras do seu conhecimento efectivo. O espírito humano concentra-se assim na necessidade de uma síntese entre aquilo em que crê e aquilo que sabe.

Quando decidimos fazer algo, estamos a realizar uma escolha. Manifestamos certas preferências por umas coisas em vez de outras. Evocamos então certos motivos para justificar as nossas decisões. Todos estes motivos podem ser apoiados em factos, mas têm sempre implícitos certos valores que justificam ou legitimam as nossas preferências. Um facto é algo que pode ser comprovado, sobre o qual podemos dizer que a afirmação é verdadeira ou falsa. Os factos são igualmente susceptíveis de gerarem consensos universais. Os valores podem ser definidos a partir das várias dimensões da acção humana. Os valores são critérios segundo os quais preferimos ou não preferimos as coisas, são razões que justificam ou motivam as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras. Os valores reportam-se, em geral, sempre a acções, justificando-as. Ao contrário dos factos, os valores não implicam a adesão de todos. Nem todos possuímos os mesmos valores, nem valorizamos as coisas da mesma forma. Não atribuímos a todos os nossos valores a mesma importância. Na hora de tomar uma decisão, cada um de nós, hierarquiza os valores de forma muito diversa. Esta

problemática está presente na vida quotidiana das unidades de cuidados intensivos, onde todos os dias têm de se tomar decisões; estas decisões ganham outra complexidade quando o que está em causa é a vida humana. A própria distinção entre estrutura factual e estrutura valorativa é por demais evidente, ainda que ela se manifeste de forma implícita. Mais adiante neste trabalho, teremos oportunidade de comprovar a dificuldade que os médicos tiveram, apesar de acharem clara a distinção entre uma estrutura factual e uma estrutura valorativa, em discernir que valores estão na base de determinadas acções que praticam e das decisões que tomam. Os valores manifestam-se a partir da acção humana, dos factos; no entanto, eles não têm uma existência factual.

O mesmo espírito que reflecte sobre atitudes teoréticas reflecte sobre as suas funções e actividades não-teoréticas, sobre a sua atitude em face dos valores, colocando a questão acerca da essência dos valores éticos, estéticos e religiosos. A parte da filosofia que trata destas questões chama-se Axiologia, ou Teoria dos Valores.

Facilmente podemos ligar Sócrates, Platão e Aristóteles à problemática dos valores, ou até mesmo Kant com a passagem do cosmos para o domínio pessoal da consciência. A consciência moral torna-se, então, a verdadeira pátria dos valores. Para Kant a realidade move-se em torno dos valores da nossa consciência moral. Para Kant ser e bem coincidem.

Esta designação é aplicada a um conjunto de escolas alemãs que, desde os finais dos séc. XIX até meados do séc. XX, dão destaque a esta problemática, colocando a Axiologia num lugar privilegiado em relação às várias perguntas colocadas pela filosofia, antropologia, ética, estética ou religião.

Mas é sobretudo com a denominada «Escola de Baden», à qual pertencem, entre outros, Wilhelm Windelband e Heinrich Rickert que surge a «Filosofia dos Valores». Num segundo momento, destacam-se na Alemanha nomes como Lotze, Alexis Von

Meinong, Christian Von Ehrenfels, Max Scheler, Nicolai Hartman, Fritz-Joachim Von Rintelen, entre outros. Fora da Alemanha outros pensadores houve que se dedicaram a alguns aspectos ou durante alguns períodos a reflexões desta natureza, tais como: Ortega y Gasset, Ralph Barton Perry, Louis Lavelle, René le Senne, Raymond Polin ou Raymond Ruyer.

Max Scheler foi um pensador que dedicou a maior parte do seu pensamento à teoria dos valores; ao relacionar o método intuitivo com a ética desenvolveu o que chamou a *Ética Material dos Valores*. Max Scheler nunca teve grande interesse em construir a sua filosofia através de construções abstractas e é por isso considerado um filósofo seguidor da fenomenologia. Opôs-se à ética kantiana, considerando que esta não permite a plenitude da alegria na vida, uma vez que esta considera o dever como algo central e fundamental na ética. Critica o apriorismo Kantiano, na medida em que para Scheler o a priori se encontra nos valores.

Na sua construção da *Ética Material dos Valores*, Scheler deixa-nos como ideias centrais o facto de o homem reconhecer e descobrir os valores através da intuição emocional. Max Scheler propõe uma análise fenomenológica da experiência emotiva e analisa de forma crítica o relativismo dos valores proposto por Nietzsche, apresentando uma organização hierárquica dos valores: valores sensoriais, da civilização, vitais, valores culturais ou espirituais (éticos, jurídicos e especulativos) e valores religiosos. Esta organização dos valores permite a Scheler a constituição de uma antropologia personalista, onde o indivíduo surge como um “ser espiritual”, como uma “pessoa”. Max Scheler não faz só uma abordagem do valor no sentido ético, considera-o também no contexto de uma psicologia das emoções. Nas emoções aborda a essência da simpatia, o amor e o ódio. Max Scheler considera a sua teoria dos valores como uma compreensão fenomenológica da personalidade humana.

Lotze é considerado um pensador importante na filosofia dos valores na medida em deu um novo impulso à reflexão sobre conceitos importantes e determinantes na compreensão desta temática, tais como: “valor” e “valer”, “valor” e “ser”. Para este autor, da mesma forma que apreendemos o ser por meio da inteligência, apreendemos o valor por meio do sentir. O dualismo ser e valor tem para Lotze uma mesma raiz. “a essência das coisas não consiste no pensamento; a essa o pensamento do homem não consegue apreendê-la; só o espírito na sua totalidade (der ganze Geist), só esse conseguirá talvez, por meio de outras formas da sua actividade e impressionabilidade, o sentido essencial de todo e ser e obrar.”<sup>9</sup> Da mesma forma que Lotze introduziu na filosofia alemã o conceito de valor, Nietzsche introduziu no vocabulário a palavra valor. É certo que já antes de Nietzsche a palavra “valor” era largamente aplicada em economia política; no entanto este facto não deixou de contribuir para que o uso da palavra se generalizasse.

Um outro passo importante foi dado por Franz Brentano, com a sua obra, *Vom Ursprung Sittlicher Erkenntnis (Da Origem do Conhecimento Moral)*<sup>10</sup>, na qual o autor trata da natureza do valor como de um *phainomenon sui generis*. Das três classes fundamentais de fenómenos psíquicos – representações, juízos e sentimentos apenas os últimos interessam para o problema dos valores. Para Brentano é nos actos de amar e odiar, de gostar e não gostar, que eles se nos tornam perceptíveis. Brentano foi de facto um autor que muito acrescentou à filosofia dos valores.

---

<sup>9</sup> Hessen, Johannes, *Filosofia dos Valores*, Coimbra, Almedina, 2001, p. 37.

<sup>10</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 37.

## 2.2 A Estrutura do valor

Neste capítulo coloca-se-nos a questão essencial acerca dos valores; no fundo, o que é o “valor”? A estrutura do valor é uma moderna problematização que se coloca em torno desta questão. Sendo esta uma problemática nova surge também a questão em torno de saber em que realidade se situam os valores.

Uma primeira resposta é-nos dada pela corrente denominada psicologismo axiológico, defendendo que os valores se situam na *psyqué*, ou alma humana. O ser dos valores resume-se ao “serem experimentados” ou “vividos”.

Uma outra perspectiva diz-nos que a verdadeira pátria dos valores coincide com o ser essencial deles. Mundo externo e mundo interno formam a realidade, a ordem do ser real que se contrapõe à ordem do ideal e esta esfera corresponde ao mundo das coisas que valem.

A terceira perspectiva, neokantiana, coloca a natureza dos valores na esfera da valência, no mundo das coisas que valem.

Uma quarta resposta à pergunta inicial é proposta por Nicolai Hartmann, preconizando uma ontologia dos valores; os valores são para Hartmann um ser ideal objectivo.

### 2.2.1 Facto e Valor

Na tentativa de apuramento do que é o valor, a maioria das vezes, tentamos uma definição através daquilo que não é valor. Da mesma forma que a componente negativa não é considerada valor, também a realidade factual não entra na concepção de realidade valorativa. Há uma curiosidade interessante em Scheler aquando da sua explicação acerca da sua classificação dos valores; para este autor a verdade não se constitui como um valor e por isso não a inclui em nenhuma das suas estruturas de classificação de valores: sensíveis, orgânicos e vitais; espirituais e religiosos. A verdade é para Scheler uma ideia; no entanto, a procura da verdade é uma valor. A interiorização desta distinção leva-nos ao mesmo tempo a compreender onde se situam estas duas realidades.

É na dinâmica de definição destas duas estruturas que se encontra a essência deste trabalho. O acto médico é na sua essência uma realidade factual. O prognóstico duma realidade patológica é elaborado com base em factos. A terapêutica duma outra patologia é realizada com base em factos. O facto é um dado muito importante em medicina. A medicina baseia-se na evidência dos factos e é também a partir desta evidência que se estrutura a decisão em medicina. Será que o acto médico, e em concreto a decisão médica só se estrutura com base em factos? Será a objectividade factual uma realidade incontornável em medicina? Esta problemática reclama inevitavelmente uma outra, que não nos propomos aqui abordar nem resolver mas que é importante no aclarar deste assunto. Trata-se da pergunta acerca da objectividade em medicina e qual o seu lugar na classificação da realidade científica. A realidade valor aponta-nos para um tipo de abordagem de carácter intuitivo. Aliás, é neste horizonte e com este cunho que a temática valor se impõe nos séculos XIX e XX onde a axiologia

se encontra numa crise epistemológica com a ciência positivista e neopositivista. A realidade «valor» aparece como alternativa ao «ser». As ciências exactas reivindicavam o monopólio do saber, assente no império metodológico da imediatez factual, por outro lado havia a necessidade de existência de outras formas de saber, que visassem outra realidade, outro objecto, distinto do primeiro, mas igualmente autêntico. Um exemplo disto que acabámos de afirmar foi a publicação por Husserl da obra *A Filosofia como Ciência Rigorosa*, onde aponta uma via fenomenológica para a apreensão imediata do ser intencional na consciência.

Trata-se de um exemplo da história recente da filosofia onde aparecem claramente demarcadas estas duas realidades, a realidade da imediatez factual e a realidade valorativa. Esta distinção é central quer do ponto de vista teórico na análise duma filosofia dos valores, quer do ponto de vista prático, quando tentamos transpor e aplicar esta abordagem ao acto médico na sua especificidade de decisão. Da tentativa de definição daquilo que é o acto médico, decorrem categorias que nos levam para uma realidade valorativa. O acto médico é composto por estruturas que partem da imediatez dos factos; no entanto, há um aspecto muito importante que se joga com o objecto da acção, o sujeito da acção e a finalidade da sua acção. E é no interior destas duas últimas realidades, que o médico se confronta com estruturas de carácter valorativo.

Partindo do pressuposto que o acto médico é baseado numa realidade factual e numa realidade valorativa, não pretendo, neste trabalho, impor uma unilateralidade ou uma visão reducionista a uma análise valorativa. Partindo desta inegável realidade e importância factual pretendemos realçar a importância que os valores podem ter no horizonte que constitui a decisão médica em cuidados intensivos. Esta distinção impõe-se e torna-se central mas não para tentar saber qual das duas estruturas é mais importante, até porque ambas têm um peso e natureza diferentes na abordagem do acto

médico. A dicotomia entre facto e valor poderá ser paralela a uma outra dicotomia entre doença e doente. Sobre esta última podemos dizer que na realidade doença estão presente estruturas de ordem factual e sobre a realidade doente incidem estruturas de ordem valorativa.

### 2.2.2 Forma Constitutiva dos Valores

A expressão “forma constitutiva dos valores”, usa-se aqui para designar o modo como os valores entram e se embrenham no homem e o constituem enquanto tal. Como vimos na abordagem anterior, há um leque muito vasto de valores, que vai dos positivos aos negativos, dos materiais aos espirituais, dos estéticos aos éticos. Ora, é certo que, toda a decisão ter um carácter ético, independentemente dos valores que estejam envolvidos; no entanto, para o trabalho que nos propusemos fazer, os valores que nos interessam mais são os éticos, na medida em que são estes que estão mais directamente relacionados com a nossa interioridade e até mesmo com a decisão e com a relação que exercemos sobre nós mesmos. São estes valores que nos questionam sobre o que de mais íntimo nós somos. Se há um «dever-ser» aliado à noção de valor, é nos valores éticos que este mais se sente.

Há uma forma constitutiva aliada aos valores, porque estes moldaram-nos ao longo da vida e o que somos, as opções que tomamos, são influenciadas por esta forma constitutiva dos valores.

Os valores, como bem diz Max Scheler, têm uma forma especial de apreensão; não se apreendem da mesma forma que se apreende uma equação matemática. São objecto de um sentir especial. Poderia mesmo falar-se de uma terceira fonte de conhecimento, que, esta sim, apreende os valores. Estes são apreendidos ao longo da

vida, através da experiência, e são decisivos na constituição do nosso modo de ser mais íntimo.

### 2.3 Ontologia dos Valores

O conceito de valor pertence àquele grupo de conceitos que não têm definição ou com uma definição difícil. Dele apenas podemos fazer uma aproximação etimológica. Existem três âmbitos distintos nos quais podemos utilizar a palavra «valor»: no âmbito de vivência, e aí estamos no domínio da consciência, da Psicologia; como qualidade, sob o ponto de vista do modo de ser das coisas, e como ideia, à semelhança de Platão, que coisificou os valores.

Vamos, através de uma análise do próprio fenómeno, clarificar um pouco o sentido da palavra «valor». Partindo do pressuposto que fenómeno é tudo aquilo que nos é imediatamente dado, também todo o valor nos é dado na nossa «consciência de valores», na vivência que temos deles. A vivência dos valores é qualquer coisa que nos ilumina, dando origem a um estado que nos enriquece. A par desta vivência dos valores, podemos falar em valoração, associada àquilo que consideramos valioso, que apreciamos e, sobre o qual, emitimos um «juízo de valor». O ser humano passa a vida a emitir juízos de valor; é da essência do ser humano valorar. Existe sempre um querer associado ao valorar. Aquilo que desejamos, desejamo-lo porque nos parece valioso. Alguma coisa tem valor quando é apropriada para a satisfazer determinadas necessidades. Valor moral é tudo aquilo que satisfaz as nossas necessidades ou exigências morais. Por exemplo, na prática médica apresentam-se vários caminhos entre os quais o médico é chamado a decidir, a maior parte das vezes tem de optar por um deles. Porque é que um médico, numa área de penumbra, onde a decisão assume uma

carga profunda de subjectividade, opta por um caminho e outro na mesma situação opta por outro? Porque é que um médico perante um doente com VIH, tuberculose, toxicodependente, rejeitado por vários centros hospitalares, decide recebê-lo e investir com todos os meios de suporte básico de vida. Estarão certamente na base destes comportamentos, estruturas valorativas diferentes e vivências de valores diferentes que potenciam atitudes diferentes.

Uma outra questão que normalmente surge ao tentar definir-se o valor diz respeito à dicotomia entre valor e ser. Esta dicotomia vai-se clarificando à medida que vamos confrontando juízos de realidade com juízos de valor. Quando digo que um determinado doente é boa pessoa, este juízo pretende afirmar algo sobre o valor moral do doente, que não pode confundir-se com outras determinações do mesmo ser, tais como: o doente tem olhos azuis e pesa 90 quilos. Nesta relação entre juízos de valor e juízos de realidade, poderá haver consenso quanto ao facto do doente ter olhos azuis e pesar 90 quilos, já quanto em matéria de juízo de valor dificilmente o consenso se verificará. Daí a opinião dos médicos, de uma forma geral, coincidir com a preferência e facilidade em tomar decisões baseados em factos em detrimento de tomada de decisões baseada em valores. As decisões morais são sempre mais difíceis.

A determinação valor encontra-se sempre numa relação muito estreita, íntima e subjectiva com o sujeito. Uma característica própria do valor é esta referência a um sujeito. Da mesma forma que no juízo de valor está sempre presente a referência sujeito, no conceito de valor está sempre contida a sua referência a um sujeito. “Valor é sempre valor para alguém. Valor – pode dizer-se – é a qualidade de uma coisa, que só pode pertencer-lhe em função de um sujeito dotado de uma certa consciência capaz de a registar”<sup>11</sup>. Quando se considerar aqui a “referência a um sujeito”, não se pretende

---

<sup>11</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 23.

significar um sujeito individual que julga, mas sim um sujeito em geral, um sujeito mais abstracto. Não é o indivíduo que está aqui em causa, mas a espécie homem. Os valores dizem respeito àquilo que há de comum em todos os homens e que os constitui enquanto tais. Se desde os inícios deste capítulo andamos à procura dum lugar para os valores, podemos agora dizer que estes se situam no lugar dos objectos não-sensíveis, na medida em que os principais caracteres destes objectos são a irrealidade fáctica (têm ser mas não têm existência), intemporalidade (estão para além da extinção temporal), e a objectividade (não existem para este ou para aquele homem, mas para todos os homens). A particular maneira de ser do valor é o seu valer.

A magna questão em torno dos valores diz respeito à sua subjectividade e relativismo ou ao seu objectivismo e absolutismo. Esta questão essencial dividiu os autores que se debruçaram sobre o estudo dos valores. Relativismo dos valores significa que na base de todo o valor e valoração está sempre, necessariamente, a ideia de uma relação com um sujeito valorante. O carácter absoluto dos valores quer dizer apenas que eles têm validade em si mesmos para qualquer espírito. Max Scheler, Nicolai Hartmann, Johannes Hessen foram alguns dos autores que defenderam esta dimensão absoluta dos valores. No caso deste último, podemos dizer que é um defensor de uma visão moderada do carácter absoluto dos valores na medida em que, para ele, este carácter absoluto não significa independência de um espírito valorante, como se os valores existissem por si mesmos, coisificados. O objectivismo radical considera os valores como qualidades reais das coisas. Assim, por exemplo, a saúde mantém-se como um valor independentemente do sujeito e do tempo a que se refere. Uma outra posição em relação a este assunto foi tomada pelo Psicologismo que considera os valores como resultado de uma atitude caprichosa e efémera. O primeiro tem uma atitude objectiva e o segundo subjectiva em relação aos valores.

### 2.3.1 Realização dos Valores

Os valores podem tornar-se realidade. Uma obra científica, uma obra de arte, uma acção moral, representam realizações de valores. Vamos tentar perceber este fenómeno atinente aos valores, o facto de que, embora por um lado eles pertençam a uma esfera do ideal, há um momento em que passam para a esfera do real. O valor irreal torna-se real. O valor assume existência. O valor ético torna-se existente na acção do homem virtuoso. Os valores só podem tornar-se existentes na medida em que se tornam qualidades, características e modos de ser. As coisas são portadoras de valores e estas acham-se situadas na ordem temporal, são mutáveis, transitórias, efémeras. Os valores não se alteram com a alteração dos objectos em que se manifestam. O valor «saúde» não se altera porque entretanto foi feita uma descoberta biomédica importante. Os valores são imutáveis e permanentes e, por isso, podemos dizer que constituem uma ordem de seres ou objectos distinta dos seres existenciais. Esta autonomia é reforçada com duas características essenciais dos valores: a primeira diz respeito à sua estrutura polar, ou seja, os valores têm polaridade na medida em que existem valores positivos e valores negativos. Podemos mesmo fazer a distinção entre valor e desvalor. Uma outra característica essencial diz respeito à estrutura hierárquica dos valores. A ordem dos valores apresenta-nos uma estrutura escalonada. Os valores admitem graus, são susceptíveis de mais ou menos, e têm uma profundidade dentro do qual se admitem vários graus na sua realização. Há valores que estão mais altos que outros, não só dentro da mesma classe como entre classes diferentes. Todos nós no dia-a-dia falamos em valores mais nobres e valores menos nobres, da mesma forma que todos reconhecemos que os valores sensíveis são inferiores aos valores espirituais. Esta é uma estrutura que não se verifica na ordem do ser, mas sim na ordem do valor. Na ordem do ser não nos é

permitted to establish comparisons that allow affirming that one reality exists more than another. The polarity and the hierarchy are two fundamental characteristics of the order of values that separate it radically from the order of being. But we do not intend to make a radical separation between value and being, in the measure that values cannot exist without reality, of being. Being and value are two worlds that find themselves subordinated one to the other. This same interdependence stems from their common metaphysical order, for this reason, the modern philosophy of values of phenomenological base refuses dualism; value and being are part of the same reality.

Another inescapable question, that the philosophy of values of base phenomenological has tried to clarify is that which has to do with the relation between value and ought-to-be. For this current there does not exist an abstract ought-to-be. All ought-to-be is founded in a value, as Max Scheler thought this relation. When we try to clarify this relation, the question arises of whether this ought-to-be belongs already to the essence of value or, on the contrary, belongs to another relation between value and another thing whatever. On this subject the opinions of Nicolai Hartmann and Max Scheler diverge.

For N. Hartmann, the moment of obligation “belongs already to the essence of value; it is already contained in its mode of being ideal, in its *modus essendi*”<sup>12</sup>. For Hartmann, value and ought-to-be ideal confound themselves and cannot separate one from the other, not wanting to say with this that they identify two structures. Ought-to-be signifies direction towards, or over something. Value signifies that thing towards which the ought-to-be is directed. Value and ought-to-be find themselves in a relation of interdependence. The value gives us the content of the ought-to-be. Nicolai Hartmann still distinguishes an actual ought-to-be from an ideal ought-to-be, radically different one from the other. The actual ought-to-be

---

<sup>12</sup> Hartmann, Nicolai, *Ethic*, p. 54, in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, Coimbra, p. 39.

pertence nem é inerente ao valor em si mesmo. É apenas algo que se lhe vem juntar, na medida em que o dever-ser actual não é ainda um dever fazer alguma coisa. Nem tudo aquilo que ainda não é e deve ser se impõe como objecto dum querer ou dum esforço do homem. O dever-ser actual pressupõe o não-ser do que deve-ser actualmente.

Por outro lado, Scheler distingue um *dever-ser ideal* de um *dever-ser normativo*. O primeiro pode ser apresentado, por exemplo, na proposição “o mal não deve existir” e o segundo “não deves praticar o mal”. O dever-ser ideal transforma-se num dever-ser normativo, a partir do momento em que o seu conteúdo passa a ser vivido. Scheler é da opinião de que o dever-ser ideal pertence à essência dos valores. Nesta tematização que Scheler faz dos valores, há um claro esforço em aclarar que o dever-ser ideal tem o seu fundamento na relação entre valor e realidade, na medida em que, quando contemplados em si, os valores não contêm ainda o momento do dever de obrigação. Os valores são-nos dados como indiferentes. Pelo contrário, o dever-ser está plasmado na esfera da existência ou não existência dos valores.

Relativamente à questão de saber se a ideia de valor está ou não no momento do *dever-ser*, Nicolai Hartmann é da opinião de que o valor pertence por natureza ao momento do dever-ser, enquanto Scheler, defensor do carácter absoluto dos valores, considera que estes não pertencem a momento nenhum do *dever-ser*. O valor deixa de o ser quando realizado. O bem deixa de ser um valor depois de realizado.

Apesar da dificuldade do problema não pode considerar-se que o dever-ser pertence já à esfera do valor. Para Johannes Hessen, na análise que fez destas questões, “o dever-ser e a obrigatoriedade para a consciência são-nos dados imediatamente na vivência do próprio valor e fundam-se nele. Não são algo vindo de fora, mas são-lhe

imanescentes. Pertence à essência do moralmente bom o ser absolutamente obrigatório para a consciência”<sup>13</sup>.

Tal como as normas éticas precisam de um fundamento transcendente, há uma lei que obriga de modo absoluto e que também carece de um legislador absoluto. Na ideia de dever-ser está contida uma vontade divina. Tal como explica Hessen “mostrar que o fundamento directo, primário, desse imperativo (moral) é este e não outro – é função da filosofia; assim como mostrar que o seu fundamento único só em Deus reside, é função da religião. A religião tem por função referir tudo a Deus, não só a realidade como todos os valores espirituais e, portanto, também os éticos. É nisto que consiste a interpretação religiosa das coisas (...) fundar o dever-ser no próprio valor ético, não só não exclui o seu último fundamento em Deus como o torna ainda mais plausível”<sup>14</sup>.

### 2.3.2 Validade e Valores

Durante a vida atribuímos valor a muitas realidades. Tomamos contacto com os valores através do pensamento e valorando as coisas. Atribuímos valor de forma diferente a diferentes coisas, como a saúde e o dinheiro. Existem valores individuais e subjectivos e valores subjectivos gerais. Neste momento colocamos a questão se não existirão outros valores mais altos, dotados de uma validade objectiva.

A questão acerca da validade dos valores é mais uma das tematizações que adquiriu grande importância e simultaneamente gerou grandes divergências. Por um lado, temos o relativismo axiológico que nega a validade dos valores, atribuindo-lhe uma validade relativa. Para o relativismo não há valores objectivos nem absolutos. O relativismo recusa aos juízos de valor toda e qualquer espécie de validade objectiva. A

---

<sup>13</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 79

<sup>14</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 80.

sustentar o relativismo axiológico está o cepticismo, que recusa aos juízos de valor toda e qualquer espécie de validade objectiva. Da mesma forma que para o cepticismo não há verdades objectivas, para o relativismo axiológico não há valores objectivos. É certo que da mesma forma que o cepticismo cai em contradição, também o axiologismo cai em contradição, na medida em que no desenvolvimento das suas próprias teorias não faltam juízos de valor.

Por outro lado temos o objectivismo axiológico. A análise que J. Hessen faz do objectivismo é estabelecida por três vias: ontológica, cultural e fenomenológica. A fundamentação ontológica encontra o seu ponto de referência ôntico na própria natureza espiritual do homem. Os valores são orientadores de várias actividades desenvolvidas pelo homem. Como a natureza espiritual é a mesma em todas os indivíduos humanos, os valores também são idênticos para todos. Este objectivismo refere os valores à natureza espiritual do homem, daí também o facto deles assumirem uma validade universal.

Ao mesmo tempo a fundamentação filosófico-cultural do objectivismo dos valores apela à cultura, na sentido em que esta é realização dos valores objectivos por meio duma actividade exercida pelos homens. Para estes, a existência da cultura pressupõe a existência de valores objectivos.

Por outro lado, a fundamentação fenomenológica consiste numa íntima reflexão sobre a nossa experiência e vivência dos valores. Esta reflexão permite-nos descobrir os valores como algo objectivo e que reclama a nossa adesão. Para a filosofia dos valores de fundamentação fenomenológica os valores são vividos por nós como algo de objectivo e absoluto, independentemente do sujeito. Quando praticamos uma boa acção, temos a imediata impressão de que estes valores não se acham apenas fundados na subjectividade da nossa consciência mas em alguma coisa que a transcende, em algo

real. Esta espécie de objectividade é experienciada quando a nossa vontade e valoração subjectiva se distanciam dos valores e normas objectivas. Admitimos de certo modo a existência de um valor absoluto e incondicional.

Para Hessen “Há, porém, valores que não são valores só por os homens os reconhecerem como tais e por valorarem as coisas à luz deles, mas sim por os deverem reconhecer necessariamente. Ora são estes, na verdade, os valores mais altos chamados espirituais. Pertencem a um reino de validade intemporal e dirigem o seu incondicional apelo a todos os homens, só pelo facto de estes serem homens, exigindo de todos que os reconheçam válidos. Trata-se, pois, desta vez, duma validade objectiva e absoluta. Objectiva, porque reside na própria essência do valor; absoluta porque incondicional e independente de quaisquer valorações acidentais e particulares dos indivíduos.”<sup>15</sup>

### 2.3.3 Classificação dos Valores

Há muito que a filosofia se tem vindo a esforçar no sentido de constituir uma tábua de valores, como forma de os classificar, “arrumando” desta forma “a casa”. As tentativas foram várias e sérias. Vamos, resumidamente, referir, algumas destas tentativas de classificação dos valores: uma séria tentativa de criação de um sistema de valores, foi proposta por H. Münsterberg, na sua obra *Philosophie der Wert*. Este autor classifica os valores em vitais e culturais. Dentro de cada um destes grupos que considera principais, distingue quatro grupos a que chama: valores de conservação, valores de concordância, valores de actuação e de consumação. Estas diversas classes ainda se subdividem em três outras categorias: vivência do mundo externo, vivência do

---

<sup>15</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 81.

mundo concomitante e do mundo interno. Münsterberg admite vinte e quatro espécies de valores.

Uma proposta diferente é apresentada por H. Rickert, colocando na base da sua classificação dos valores os seguintes três pares de conceitos: pessoa – coisa, actividade – contemplação, social – associal. Rickert pretende reduzir à unidade a multiplicidade dos valores, chegando desta forma à perfeição.

W. Stern pretende construir um esquema com base numa classificação tripartida de valores: valores em si mesmos, valores – meios e valores de irradiação.

J. Hessen, no seu lado, faz uma classificação dos valores tendo como base os trabalhos de Hartmann e Scheler. Estes dois autores consideram que ainda estamos no início das investigações axiológicas e o que se tem feito até agora é uma tentativa de aproximar os valores uns dos outros.

Hessen baseia-se em Scheler e Hartmann e classifica os valores sob o ponto de vista formal e material. Sob o ponto de vista formal os valores dividem-se em:

a) valores positivos e valores negativos; apesar de ao valor positivo se contrapor sempre um valor negativo, ao valor positivo corresponde aquilo que é normalmente chamado de «valor». A polaridade faz parte da sua ordem axiológica.

b) Valores que só dizem respeito às pessoas e valores das coisas. Os valores das pessoas são aqueles que só pertencem às pessoas, como por exemplo os valores éticos. Os valores reais são aqueles que só aderem aos objectos.

c) Valores em si mesmos ou autónomos e valores derivados de outros ou independentes. O valor em si possui um carácter independente. A sua essência reside em si. O valor derivado não deve a si o seu carácter valioso, mas retira-o de outro valor. Está sempre referido a outro valor. Se não fosse este deixaria de ser valor. Os valores derivados remetem para valores em si mesmo.

Entre os valores autónomos e os derivados situam-se os valores irradiantes. Estes não são portadores de um valor único, mas comportadores, portadores colaborantes, tomam parte do todo valioso autónomo. Um exemplo destes valores derivados é o valor qualidade de vida, uma vez que o seu ser valioso depende do valor de vida.

Do ponto de vista material, a informação que poderemos retirar não diz respeito aos valores em si mesmos mas sim às suas diferentes espécies e podemos dividi-los em sensíveis e espirituais. Os primeiros referem-se ao homem enquanto simples ser da Natureza. Os segundos referem-se ao homem enquanto ser espiritual.

A) Aos **valores sensíveis** pertencem: os valores do agradável e do prazer que abrange as sensações de prazer e satisfação. A ética que só reconhece estes valores chama-se «hedonismo», nele se incluem:

1) Valores **vitais** ou da vida, são os valores de que é portadora a vida; a estes dizem respeito o vigor, força, saúde. Para Nietzsche estes eram os mais elevados e mesmos os únicos.

2) Valores de **utilidade**, são os chamados valores económicos. Referem-se a tudo o que serve para satisfazer as nossas necessidades vitais.

B) Quanto aos valores **espirituais** distinguem-se dos sensíveis não só pela sua imaterialidade mas por uma outra característica importante que é a perdurabilidade no tempo. Muitos pensadores consideram mesmo só estes valores na sua análise: à categoria dos valores espirituais pertencem:

1) Os valores **lógicos**. Podem considerar-se do ponto de vista da sua função do no conhecimento; ao valor do conhecimento contrapõe a ignorância e o erro, a falta de interesse pela verdade. Às proposições verdadeiras correspondem valores lógicos positivos e às falsas, desvalores ou valores lógicos negativos. No entanto, para Max Scheler a verdade não é de modo nenhum um valor. É lícito atribuir valor à procura da

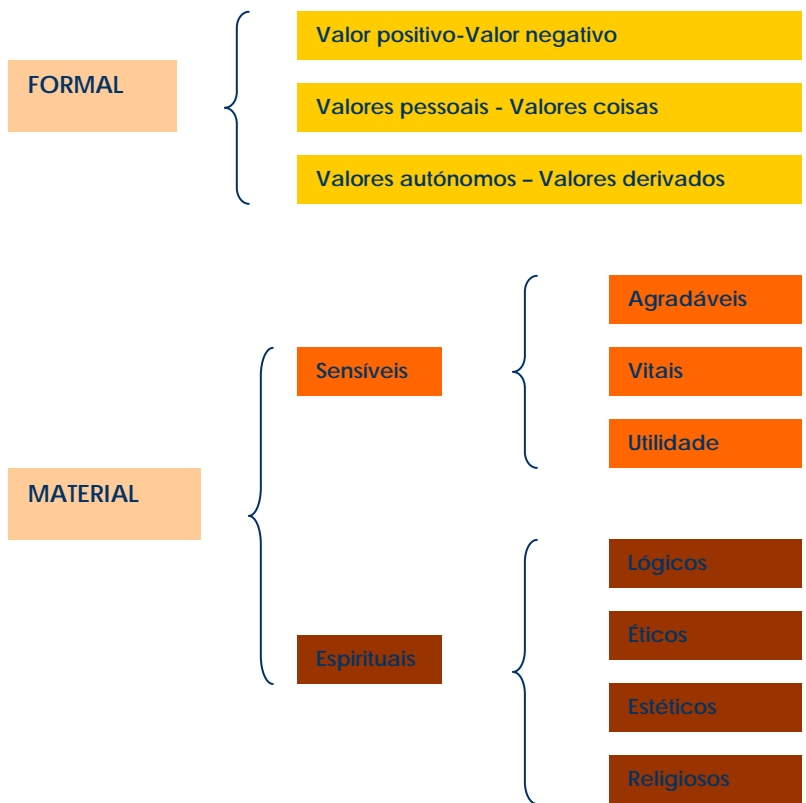
verdade mas não à verdade em si. A verdade é apenas uma ideia. Os valores referem-se sempre a um sujeito emotivo, um sujeito que sente. Só é valor aquilo que o nosso sentimento dos valores apreende como tal. A proposição «dois mais dois igual a quatro» dirige-se exclusivamente à inteligência e só é apreendida pela inteligência enquanto que a proposição «a saúde é um bem colectivo» é apreendida pelo lado emocional do espírito, pelo sentimento dos valores.

2) À categoria dos valores espirituais pertencem também os valores **éticos**. Estes só se podem atribuir a pessoas e nunca a coisas. Só seres espirituais podem realizar valores morais. Os valores éticos aderem sempre a suportes reais e têm um carácter de exigência e imperativo absolutos, há um imperativo categórico que lhes está inerente, «tu deves fazer». Os valores éticos dirigem-se ao homem em geral, são universais e é ilimitada a exigência que nos dirigem. O bem moral é em si mesmo de natureza formal;

3) Os valores **estéticos** ou do belo, nos quais em sentido mais amplo incluímos o sublime, o trágico, o amável caracterizam-se em grande parte por oposição aos valores éticos. Ao contrário destes, o suporte dos valores estéticos é sempre constituído por algo irreal, de mera aparência; não se impõem incondicionalmente e apenas dirigem o seu apelo a alguns homens. O belo não se diz apenas das pessoas mas também das coisas. Por outro lado, o valor estético reside essencialmente na aparência devido ao facto deste ser um valor de expressão enquanto que o valor ético é um valor de acção. A presença do valor estético é intuitiva e imediata. Esta intuição não é necessariamente uma intuição visual, pode ser auditiva, etc., que põe o objecto diante de nós com uma essência sempre susceptível de percepção sensível.

C) Quanto aos valores **religiosos** são de natureza diferente. A estes não adere nenhum dever-ser. Existe uma esfera dos valores religiosos que corresponde à esfera do «santo» e do «divino». Podemos dizer também que esta é a porta de acesso à religião. Os valores

religiosos não têm necessariamente que se realizar, eles próprios são já realidade. Estes valores não pertencem ao domínio dum dever-ser mas dum ser. Por este aspecto os valores religiosos afastam-se dos valores éticos para se aproximarem dos valores estéticos. Os valores religiosos ou do «santo» ou «divino», como Hartmann lhes chama, são ao mesmo tempo valor e ser. Possuem e representam uma particular qualidade de valor. A característica principal dos valores religiosos é a sua transcendência.



**Esquema 1:** Classificação dos valores por Johannes Hessen

#### 2.3.4 Hierarquia dos Valores

Os valores têm a particularidade de se distinguirem uns dos outros, de estabelecerem entre eles uma relação de polaridade que os faz distinguir em negativos e positivos, de se distinguirem entre eles como valores mais altos e mais baixos, encontrando-se ao mesmo tempo numa relação de hierarquia uns com outros.

À problemática da hierarquia dos valores dedicou-se sobretudo Max Scheler, que nos forneceu cinco critérios para determinar a altura dos valores:

- a) Em primeiro lugar, os valores são tanto mais altos quanto maior for a sua duração. Duradouro é o valor que se prolonga no tempo. Dos valores faz parte o fenómeno de duração e perdurabilidade. Os valores mais baixos são os mais transitórios e de menos duração e os mais altos são os eternos.
- b) Em segundo lugar, os valores são tanto mais altos quanto menos divisíveis forem. Enquanto os bens materiais para podendo ser participado por todos, têm de ser divididos, (tal acontece com os recursos alocados à saúde, para todos poderem participar deles, têm de ser distribuídos), com os valores espirituais tal não se passa, uma vez que é da sua essência serem ilimitados, não sofrendo divisão; a contemplação do divino é algo que pode ser realizado por uma pluralidade de sujeitos, não sofrendo por isso qualquer tipo de divisão ou diminuição.
- c) em terceiro lugar o valor, que serve de fundamento a outros é mais alto que os que se fundam neles.
- d) Em quarto lugar, os valores são tanto mais altos quanto mais profunda é a satisfação que a sua realização produz em nós.

e) Em quinto lugar, os valores são relativos. Existem valores que só podem ser praticados por determinados seres. O valor saúde (valor vital) só é relativo aos seres com vida.

Estes critérios para determinar a altura dos valores foram alvo de algumas críticas, sobretudo da parte de Hartmann, que considerou que originavam uma escala muito grosseira e que as distancias entre os vários valores se encontram esboçadas ainda de uma forma muito sumária. Em todo o caso é nossa opinião que o trabalho feito por Scheler foi muito importante, na medida em que já permitiu com alguma objectividade determinar a altura das diferentes classes de valores relacionando-os uns com os outros. É evidente que não valoramos toda a acção moral da mesma maneira, mas a nossa consciência valorativa consegue atribuir mais valor à acção de um profissional de saúde que, com uma decisão ponderada, conseguiu salvar a vida a um doente, do que a um acto de dar esmola a um pobre.

Depois desta breve reflexão sobre a classificações os valores, podemos extrair os seguintes princípios gerais acerca duma escala dos valores.

- 1 – Os valores espirituais prevalecem sempre sobre os valores sensíveis.
- 2 – Se exceptuarmos ao valores religiosos, na classe dos valores espirituais o primado pertence aos valores éticos.
- 3 – Para aqueles que os admitem, os mais altos de todos os valores, são os valores religiosos; todos os outros se fundam neles.

Para Nicolai Hartmann, “o preferir um ou outro valor não é produto dum juízo acerca dos valores, mas um elemento primário imediatamente dado no fenómeno da nossa intuição axiológica (...), toda a diferenciação entre as respostas que o valor nos dá e os seus vários predicados assenta sobre um elemento, como se tudo se achasse confundido no sentimento único que temos do valor. (...) Todo o sentimento vivo dos

valores se acha já condicionado por certas leis de preferência que, por sua vez, já estão também fixadas, como que ancoradas numa certa ordem hierárquica que se identifica com a própria essência do fenómeno de valor ou do valioso, trata-se, por definição, dum sentimento ou faculdade de apreensão de amplas e complexas relações e não dum sentimento ou faculdade de apreensão dos valores estigmatizante e individualizadora, como são os da nossa compreensão dos sólidos”<sup>16</sup>. Queremos com isto dizer que Hartmann tem uma visão diferente acerca da altura e classificação dos valores. Mediante a relação dos valores “está tão pouco na mão do homem alterar esta ordem hierárquica entre eles, como poder recusar o carácter de valioso a qualquer valor que à sua consciência se ofereça”<sup>17</sup>. Há como que uma visão axiológica, um sentimento axiológico que nos permite formar uma consciência valorativa.

## 2.4 Gnoseologia dos Valores

A problemática do conhecimento dos valores é um assunto muito debatido no nosso tempo. Vamos, por isso, dedicar alguma atenção a este complexo problema do conhecimento dos valores.

São duas as correntes que, com visões diferentes do mesmo problema, se confrontam na tentativa de encontrar uma solução para a problemática do conhecimento dos valores: por um lado, o Intelectualismo e por outro o Emocionalismo. Esta segunda grande teoria é constituída pelo ponto de vista da moderna axiologia de base fenomenológica, que tem como fundador Max Scheler. A sua posição foi muito clara em relação a este ponto. Assim como apreendemos a sensação da cor no acto da visão, do mesmo modo apreendemos os valores no acto do nosso sentimento em relação a eles.

---

<sup>16</sup> Hartmann, N., *Ethik*, p. 259-260, in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 79.

<sup>17</sup> Hartmann, N., *Ethik*, p. 258., in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 103.

Os valores são qualidades que se tornam presentes directamente no nosso sentir emocional. Desta forma Max Scheler afasta toda a interpretação intelectualista na captação dos valores. Max Scheler aproxima-se da visão que Pascal tinha dos valores com “ordre du coeur”, uma esfera emocional, um mundo só aberto ao sentimento do homem. O entendimento não nos oferece qualquer estrutura de acesso até eles. Existe como que uma estrutura específica de apreensão dos valores. Se os homem fosse só intelecto seria destituído de toda a consciência dos valores. Os valores são inacessíveis ao entendimento. “O entendimento é para eles tão cego, como o ouvido e o ouvir o são para as cores”<sup>18</sup>. O órgão que apreende os valores não é o entendimento mas o sentimento; é no «sentir emocional» que temos acesso à vivência directa deles. Existe para Scheler um «sentir intencional originário», que se revela quando se produzem em nós certos estados afectivos. Tomemos como exemplo os seguinte estados afectivos que afectam a nossa sensibilidade: dor física, estado de prazer, contacto agradável. Em todo este enquadramento estão presentes certas modificações da nossa sensibilidade. No entanto, estados afectivos e sentir são realidades diferentes, os primeiros pertencem à categoria dos conteúdos e os segundos à das funções que servem para os receberem. É por isso que um determinado indivíduo pode sofrer mais ou menos, com o mesmo grau de dor, que um outro. Para Scheler o conteúdo valorativo do mundo revela-se-nos através do chamado «sentir intencional» e só sobre estes «actos» se fundam depois as nossas preferências e não preferências acerca dos valores e da sua respectiva escala hierárquica.

Hartmann adoptou praticamente o mesmo ponto de vista que Scheler, embora com uma ligeira modificação. Para este autor, “toda a captação dos valores assenta no

---

<sup>18</sup> Scheler, Max, *Le Formalisme en Étique, et L'Étique Materiele des Valeurs*, Paris, Gallimard, 7<sup>a</sup> ed., 1955, p. 262.

sentimento directo que temos deles”<sup>19</sup>. Os actos com que apreendemos os valores não são actos de «puro conhecimento», mas de sentimento, não são intelectuais mas emocionais. A diferença que acerca deste assunto se estabelece entre Scheler e Hartmann diz respeito ao carácter intuitivo que Hartmann introduz na apreensão dos valores. Para ele, a única forma de nos assegurarmos do «ser-em-si-mesmo» é através do carácter intuitivo do nosso conhecimento dos valores, “os valores carecem de ser intuídos”<sup>20</sup>. Esta intuição dos valores de que nos fala Hartmann manifesta-se claramente nos chamados actos de preferência, de tomada-de-posição. Podemos mesmos referir aqui o exemplo de tomadas de posição em medicina e, mais concretamente, em cuidados intensivos. A intuição valorativa está presente no momento da tomada-de-posição. A maioria das vezes e sem o sabermos, o que nos leva a decidir por uma caminho e não por outro é esta intuição valorativa, que no fundo coincide com o que fala Scheler.

O sentir dos valores corresponde, no homem, à anunciação do seu ser no sujeito, à revelação da sua particular maneira-de-ser ideal. “O sentimento dos valores não é nem mais nem menos objectivo que o conhecimento matemático. Simplesmente, o seu objecto acha-se mais velado pelo carácter emocional do acto com que apreendemos os valores; temos de extrair mais especialmente deste acto, para tomarmos mais claramente consciência dele”<sup>21</sup>.

Ao Emocionalismo contrapõe-se uma outra teoria, o Intelectualismo. Esta corrente foi fortemente apoiada pela Neo-escolástica, já por natureza intelectualista. Não admira, por isso, que os autores que a adoptaram, tomassem esta posição em matéria de conhecimento dos valores. Para estes, o valor é na sua essência a experiência de um facto, numa situação objectiva. O valorar é um facto intelectual no qual o

---

<sup>19</sup> Hartmann, N., *Ethik*, p. 261, in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 102

<sup>20</sup> Hartmann, N., *Ethik*, p. 228, in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 105

<sup>21</sup> Hartmann, N., *Ethik*, p. 228, in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 108

sentimento só intervém como um factor concomitante ou que apenas lhe serve de fundamento. J. B. Lotze no seu artigo *Sein und Wert* (Ser e Valor) defende os direitos do intelectualismo afirmando que os valores só podem ser apreendidos racionalmente.

Dietrich Von Hildebrand, apesar de ser um pensador católico defende um emocionalismo moderado. “Ao desconhecer-se a essência do valioso, vem-se a desconhecer ao mesmo tempo, que os valores exigem também uma resposta emocional a eles (...)”<sup>22</sup>.

Johannes Hessen na sua obra *Filosofia dos Valores* apresenta-nos um esquema acerca da compreensão do fenómeno da captação dos valores. Para este autor, e para melhor compreendermos esta problemática que dividiu os estudiosos dos valores, importa deter-se no fenómeno da nossa captação dos valores através de quatro importantes características:

- a) A primeira diz respeito ao carácter de *imediatez*, isto é ao facto de os valores serem captados imediatamente por nós; sem recurso a alguma operação mental ou dedução.
- b) A segunda característica relacionada com a captação dos valores diz respeito ao conhecimento *intuitivo* que temos deles. Os valores são captados num acto de intuição.
- c) Uma terceira característica é a sua natureza *emocional*, os valores pertencem ao lado emotivo da alma humana. Constituem uma “ordre du coeur” e não uma “ordre de la raison”. Se nos virarmos para o campo prático da apreensão dos valores, veremos que o significado e valor estético de um quadro, ou mesmo de uma paisagem, são por nós apreendidos de uma maneira directa. Os valores estéticos não se demonstram por meios ou provas racionais, discursivas, mas sim intuitivamente. Já no que diz respeito aos valores éticos as coisas não se apresentam de forma tão clara. Há um carácter intuitivo

---

<sup>22</sup> Hildebrand, Dietrich V., *Zeitschrift f. Kathol. Theologie*, 1933 p. 610 in Hessen, *Filosofia dos Valores*, p. 116.

nos valores morais, na medida em que determinados valores, como por exemplo a justiça, a confiança etc., não são exclusivamente apreendidos numa vivência directa. Tal com os valores religiosos, também os valores éticos só por via emocional-intuitiva nos podem ser acessíveis. Hessen, a propósito da distinção entre *Emocionalismo* e *Intelectualismo*, fala dum *daltonismo dos valores* ou cegueira a este respeito. “Há, com efeito, homens, dotados aliás dum alto intelecto, que são, por assim dizer, cegos para certos e determinados valores. Não me refiro já a certas pessoas, possuidoras de uma inteligência unilateral, que ignoram o mundo do belo e da arte, mas a um certo tipo de espírito muito moderno e generalizado que parece, muitas vezes, associado a um fino intelecto, rápido e cheio de mobilidade, geralmente possuidor de uma alta cultura, e que todavia não possui o sentido dos valores éticos e religiosos. Se o valorar fosse, como querem alguns filósofos, uma pura função intelectual, uma função do simples entendimento, este fenómeno dificilmente poderia explicar-se”<sup>23</sup>. Hessen, pensador que na contemporaneidade se tem dedicado ao estudo dos valores, possui uma visão abrangente deste fenómeno, partilhando a posição da moderna filosofia dos valores de base fenomenológica e concretamente acerca da questão do conhecimento dos valores é da opinião de que os valores têm um carácter emocional, rejeitando no entanto, o «sentir intencional» de que nos fala Scheler. Hessen fala dum “misto de conhecer e sentir, uma combinação de factores intelectuais e emocionais”<sup>24</sup>. O conhecimento dos valores tem que ver com uma colaboração entre entendimento e sentimento. O sentimento, o lado emocional da alma, colabora no conhecimento dos valores. Nesta colaboração o primeiro lugar pertence ao sentimento e só depois vem o lado intelectual. Nunca poderíamos compreender o que é um «valor», se não tivéssemos um dia, por via emocional, sido empolgados por ele. “(...) Os valores exigem também de nós, como

---

<sup>23</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 116.

<sup>24</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 117.

resposta ao apelo que nos dirigem, uma atitude emocional, e que nós, só na medida em que formos capazes duma tal atitude emocional, é que poderemos apreendê-los na sua verdadeira altura”<sup>25</sup>. Para Hessen, o acto de valoração é uma operação afectiva, emocional, mas penetrada por elementos cognitivos. É por meio destes últimos que se dá a orientação sobre o objecto, a sua intencionalidade. Desta forma, e continuando nesta linha de pensamento, seria lícito falar da existência dum «órgão axiológico» do homem, ou seja a nossa vivência do valioso sempre exige do homem alguma coisa mais do que o simples pensar.

É a partir desta importante afirmação e ao mesmo tempo reforçando-a que Hessen nos apresenta a distinção entre verdade e demonstrabilidade. Na vida prática contemporânea verdade e demonstrabilidade são dois conceitos quase inseparáveis, considera-se cada vez mais como verdadeiro aquilo que pode ser demonstrado. No caso dos valores, o seu fundamento não é de natureza lógica. Não podemos forçar ninguém a reconhecer um juízo de valor, não podemos mostrar a verdade de um juízo de valor. A verdade ou a validade dum juízo valorativo não é coisa que se prove por a+b; pode, no entanto, ser mostrada. Esta mostraçãõ significa um pôr em evidência.

Há certos juízos e proposições que não necessitam de demonstração, que são evidentes por si mesmos. No plano lógico, eu posso averiguar acerca da validade de um juízo mas não acerca da sua verdade. O mesmo acontece no plano ontológico. É na medida que pratico actos, que me intuo e me apreendo a mim próprio como algo real. Se no domínio lógico os juízos mais elevados não podem ser objecto de demonstração, se no plano ôntico nem toda a realidade é acessível às conclusões do intelecto, também na esfera dos valores a demonstração lógica dedutiva se mostra inadequada, tendo sendo necessário recorrer à mostraçãõ fenomenológica; e não é por isso que a validade

---

<sup>25</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 117.

objectiva dos valores é posta em causa. Trata-se de uma característica interna destes. Hessen ao falar da evidência que está em causa quando nos sentimos impressionados por um acto estético, fala dum «órgão axiológico» que lhe está associado, “Não são as nossas faculdades racionais e intelectivas, mas sim o nosso sentido particular do valioso, que constitui, por assim dizer, o órgão com que o poderemos captar e apreender”<sup>26</sup>, e quem não sentir esta evidência, ou carece do sentido dos valores ou tem este «órgão axiológico» pouco desenvolvido.

Ainda a propósito desta forma especial de experiência para a nossa apreensão dos valores, a história do pensamento e das ideias mostrou-nos como se gerou sempre uma certa resistência em relação a esta particular forma de conhecer. Para Max Scheler a história do pensamento perdeu muito em qualidade pelo facto de ter separado «razão» de «sensibilidade» nas suas análises acerca do conhecimento humano. Para Scheler, esta concepção deve ser combatida, na medida em que não deixa lugar para a experiência particular dos valores. “Devemos banir da filosofia um tão estreito como falso dualismo que nos tolhe por completo a visão para o que há de mais característico noutros domínios de actos e nos obriga a deturpar a natureza destes”<sup>27</sup>.

Este dualismo remonta a Aristóteles que divide o conhecimento em sensível e intelectual. A mesma divisão é retomada na Idade Média por S. Tomás de Aquino e na modernidade por Kant. S. Agostinho, através da sua ideia central de *iluminação*, opôs-se de alguma forma a esta concepção aristotélica, consagrando uma terceira fonte de conhecimento diferente do *sensus* e da *ratio*. A iluminação desempenha para S. Agostinho um papel fundamental quer no conhecimento dos valores morais quer na formação espiritual. Fortemente influenciado por S. Agostinho, Ricardo de S. Victor, reconhece as três fontes de conhecimento: *cogitatio, meditatio e contemplatio*; esta

---

<sup>26</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 133.

<sup>27</sup> Scheler, Max, *Le Formalisme...* p. 226.

última corresponde a um conhecimento intuitivo e directo. Continuando na exploração da ideia de uma fonte de conhecimento mais próxima e adequada ao conhecimento dos valores, S Boaventura fala-nos duma “*cognitio Dei experimentalis*”. Também Malebranche e Pascal reforçam esta ideia duma terceira fonte de conhecimento. Pascal fala-nos duma maneira de conhecer e compreender cujo órgão é o coração. Entre os pensadores contemporâneos, Schleiermacher considera também o saber, a fé e o pressentimento como as três fontes de conhecimento, “cremos nas essências das coisas, e pressentimos estas coisas”<sup>28</sup>. Lotze foi o primeiro a reconhecer uma diferença significativa entre representação e pensamento por um lado, e apreensão dos valores, por outro, na medida em que não é pelo entendimento mas pelo sentimento que os valores são apreendidos. “A essência das coisas não reside no pensamento, nem este, o pensamento, se acha em condições de a apreender. É o todo do espírito que apreende, mediante outras formas da sua actividade e da sua participação no real, o sentido essencial de todo o ser e operar. O pensamento é para ele apenas um meio para conectar o vivido, na forma mais precisa que à sua natureza convém, e lho deixar experimentar mais intensamente, na medida em que ele consegue apoderar-se e servir-se dessa conexão. Velhos erros se opõem a esta maneira de ver a coisas (...) A sombra da ambiguidade, a sua desgraçada sobrestimação do *Logos*, pairam ainda sobre nós e não nos deixam ver, nem no domínio do real nem do ideal, quando um e outro são algo mais do que razão”<sup>29</sup>. Também Dilthey, a par dum conhecimento racional-discursivo, fala dum conhecimento irracional-intuitivo, que nos dá o conhecimento da existência do mundo externo e a existência das outras pessoas.

Franz Brentano foi dos pensadores que se dedicou ao estudo da problemática dos valores e que mais importância deu à questão da gnoseologia dos valores. Os

---

<sup>28</sup> Schleiermacher, *Wissen, Glauben und Ahnung* in, Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 125.

<sup>29</sup> Lotze, Hermann, *Mikrokosmos*, 6ª edição, 1923, in, Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 126.

fenómenos psíquicos são por ele classificados como representações, juízos, estados afectivos ou emocionais. O conhecimento dos valores situa-se nesta última categoria. Para Brentano, os valores são apreendidos por nós mediante certos actos da vida emotiva como o amor, o ódio, o agrado ou o desagrado. Temos certas sensações de prazer que se associam a certos gostos e outras de desprazer e de repulsa que se associam a outros; e tudo isto é instintivo. Para Franz Brentano tanto o conhecimento teórico como o conhecimento axiológico têm a mesma dignidade, tanto num como no outro há autêntica evidência e certeza apodíctica, com a simples diferença de que no primeiro caso estas se referem a actos intelectuais e no segundo a actos emocionais. Esta linha de orientação continua com Max Scheler e Nicolai Hartmann.

Este percurso pela história do pensamento serve para melhor percebermos a forma especial de experiência a que Scheler se refere ao falar da apreensão fenomenológica dos valores, experiência que nos permite conhecer o homem no seu todo. Esta tematização torna-se central na moderna filosofia dos valores de base fenomenológica. Todos estes pensadores são da opinião de que não podemos resolver muitos problemas relacionados com a apreensão da realidade se não recorrermos para além da experiência sensível e do pensamento a outras maneiras de experimentar e apreender, isto é, para além duma experiência sensível é necessária uma experiência espiritual.

## 2.5 Antropologia dos Valores

Partindo do pressuposto de que os valores só existem para o homem, vamos agora tentar fazer uma abordagem no sentido de perceber de que forma é que os valores informam a interioridade do homem e, em última análise, já que é esse o intuito do nosso trabalho, perceber, do ponto de vista teórico, se os valores são potenciadores e fundamentadores de uma tomada-de-posição, quer em geral quer, de uma forma particular, em ambiente de cuidados intensivos. Depois da análise feita anteriormente, onde se procurou explorar a noção de valor, caracterizá-lo, compreender a sua estrutura e perceber como é que ele se manifesta, vamos agora tentar esclarecer, se os valores alteram a interioridade do homem e, conseqüentemente, a imagem que o homem faz de si mesmo.

### 2.5.1 Ser Homem e Valores

O ser homem implica algo que o fundamente, da mesma forma que o sentido de uma coisa só se alcança na medida em que essa coisa pode servir para a realização de um valor. Só partindo da realização de um valor é que podemos falar do sentido do facto que lhe corresponde. No interior do ser homem está a sua própria essência, perfeição e personalidade. Todo o homem aspira a aperfeiçoar-se no seu ser. É no interior do homem que se revela a sua realidade. O sentido da vida do homem reside no aperfeiçoamento desta interioridade, da sua personalidade. A felicidade corresponde em grande medida a este aproximar da interioridade. Se a finalidade da vida humana reside nesta progressiva conquista de interioridade, nesta humanização, é caso para perguntarmos como é que tal acontece. A resposta só pode ser uma: pela aceitação dos

valores, e sobretudo dos mais altos, ou seja, dos espirituais. É através destes últimos que o homem atinge aquilo a que chamamos personalidade. Personalidade significa aqui realização dos valores. Os valores convocam o homem, mas não o convocam ao mesmo tempo, na medida em que nem todos os homens cultivam os mesmos valores estéticos, sensíveis, etc. Mas todos são obrigados a seguir a *voz interior* que apela aos valores éticos, que cultivam a própria personalidade. Os valores éticos interpelam-nos num tom de «imperativo categórico». Esta tematização acerca do ser homem, do sentido da vida, permite-nos compreender que ela se encontra dependente dos valores. São os valores que servem de substrato e fundamentam o ser homem e permitem a este esclarecer o sentido da vida. O pleno desenvolvimento das forças espirituais do homem só se atinge pela plena aceitação dos valores.

#### 2.5.2 Cultura e Valores

O homem é um ser social. Embora possua autonomia, não deixa de ser parte de uma comunidade humana; esta comunidade é onde cresce e se desenvolve a cultura humana. Há entre cultura e ser humano uma ligação muito forte, ao ponto de entre um e outro perpassarem aspectos de construção mútua.

Se é verdade que o homem só se realiza espiritualmente pela aceitação dos valores, também a cultura só o é na medida em que é realização de valores. O sentido e a essência da cultura está na realização dos valores. É por demais evidente a existência de culturas diversificadas naquilo que as caracteriza. Na base desta diversificação está a plataforma de valores que as sustentam. No entanto, de que valores falamos quando falamos em cultura? Os valores espirituais “são os que constituem a cultura no seu sentido superior e também espiritual. É a eles que nos referimos quando falamos

simplesmente de cultura. Os outros valores, e especialmente os utilitários, constituem antes o subsolo daquilo a que se dá mais propriamente o nome de civilização. Todo o acto cultural consiste na realização de um valor. Pode tratar-se de um valor de ordem científica, ética, estética ou religiosa (incluindo na ordem ética o domínio social e jurídico). A feitura duma obra de ciência é uma realização cultural pelo mesmo título por que o é a criação duma obra de arte ou duma instituição social. Em todos estes casos há, com efeito, um esforço no sentido de realizar valores espirituais. Todo o processo cultural é um processo condicionado e determinado por valores”<sup>30</sup>. Daqui decorre também a diferença entre factos naturais e factos culturais. Nos primeiros há uma manifestação de forças segundo leis; nos segundos há uma manifestação de forças espirituais que são as forças do espírito humano com um dever-ser que lhes é inerente. Este dever-ser é constitutivo do processo cultural, é o apelo que os valores dirigem ao homem.

Sendo a cultura um processo espiritual, aquilo que a faz mover são estruturas de carácter espiritual, ideias e valores. A cultura tem na sua essência a realização dos valores.

### 2.5.3 Antropologia dos Valores e Bioética

Como já referimos atrás, apesar de recente, a história da bioética revela um crescimento rápido. Consensual é que o seu percurso está pautado pela busca da dignidade da pessoa humana; no entanto, há algumas divergências no que diz respeito à forma como esta é interpretada. Podemos dizer que estas várias ramificações não são mais do que pontos de vista ancorados em diferentes antropologias valorativas. A forma

---

<sup>30</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 184.

de ver o homem e a sua envolvência desencadeou também na bioética uma discussão que resultou numa multiplicidade de abordagens.

A antropologia e as suas diferentes visões e abordagens situam o homem no contexto da comunidade humana. Também as diferentes visões e abordagens bioéticas estão ancoradas nas várias interpretações antropológicas. A questão acerca de uma antropologia dos valores pode-se tornar central na medida em que fundamenta as várias orientações bioéticas. As várias correntes e interpretações bioéticas surgem de diferentes interpretações antropológicas. Quando um profissional de saúde nos declara privilegiar a qualidade de vida em detrimento da vida em absoluto tem com certeza um fundamento antropológico na base que justifique este tipo de posição.

A articulação entre vida e qualidade de vida é um dos assuntos que está sempre na ordem do dia, de certo modo em tensão, nas unidades de cuidados intensivos. Muitos dos conflitos de valores que surgem no seio das equipas aquando do momento de ter de tomar decisões tem que ver com formas diferentes de ver, abordar e valorizar a vida. Como dissemos no início deste capítulo todas as orientações bioéticas privilegiam a vida, no entanto, todas o fazem de forma diferente.

## 2.6 Teologia dos Valores

Como temos vindo a afirmar desde o início deste trabalho, são os valores éticos que elevam o homem à condição de pessoa. Mais a frente neste trabalho exploraremos melhor este assunto a propósito da importância dos valores éticos na tomada de decisão em cuidados intensivos. Exploraremos também por que razão os valores éticos estão em consonância com a noção de pessoa e outros valores não tão elevados entram em conflito com os valores morais com risco de afastar a decisão daquilo que se poderia considerar uma decisão ética.

É certo que o edifício axiológico não ficaria completo sem uma abordagem acerca da teologia dos valores. No entanto, não o pretendemos fazer de uma forma exhaustiva. Pretendemos compreender como a realização dos valores actua no mais profundo do espírito humano e na consciência que este tem de Deus. Por outro lado este é um aspecto importante na medida em que os valores religiosos foram referidos com muita insistência pelos médicos entrevistados, como se verá na análise que se encontra descrita mais à frente neste trabalho, no enquadramento empírico. Veremos como o tema adquiriu tal importância que, na abordagem decisional com testemunhas de Jeová sobre transfusões sanguíneas, o assunto se encontra legislado, não cabendo, neste caso, ao decisor, uma margem de manobra significativa.

### 2.6.1 Os Valores e a sua relação com Deus

Há autores que afirmam peremptoriamente que a dedicação aos valores éticos e o propósito de atingir uma dignidade põem em perigo a relação entre homem e Deus, afirmando mesmo que este tipo de dedicação pode até dar origem a uma negação da

divindade. Para Nicolai Hartman, a afirmação do «ético» envolve em si mesma a negação do «religioso» e a única consequência a tirar da essência do fenómeno moral não poderá deixar de ser o ateísmo; é nestes termos que resumidamente Hartmann descreve este problema no Cap. 21 da sua obra *Ethic*. A seu ver o homem, pelo facto da existência de Deus, vê-se privado de toda a responsabilidade e imputabilidade, tornando-se uma ilusão a sua consciência moral e o seu sentimento de culpa. Há um processo teleológico que passa pelo homem, mas que não foi por ele escolhido. Neste caso, a possibilidade de o homem ser responsável, de ser livre e de ser um portador de autênticos valores está posta de parte, não existe. “O homem ficará anulado como ser moral, isto é, como pessoa, e ficará, em princípio, equiparado a todos os outros seres da natureza. A sua essência axiologicamente autónoma e a sua teleologia serão absorvidas num primado cósmico duma outra determinação axiológica e duma outra teleologia. Num mundo totalmente determinado teleologicamente um ser moral, no verdadeiro sentido desta palavra, não faria nenhum sentido. Uma teleologia universal, conseqüente consigo mesma representará pois, pura e simplesmente, a supressão da ética.”<sup>31</sup>

Assim, pois, para Hartman o fenómeno da consciência moral do homem é incompatível com uma teleologia universal. Para este autor, quem quiser salvar a ética, entre teleologia da natureza e teleologia do homem tem de escolher a segunda. Esta teleologia significa que toda a causalidade final / teleológica é atributo do homem e só a ele pertence uma verdadeira providência e uma verdadeira autodeterminação. Hartman considera o homem duma perspectiva exclusivamente eticista, apresentando-o como um pequeno deus.

Importa aqui salientar esta abordagem, na medida em que, quando se questionam os profissionais de saúde acerca da relação entre prática clínica e religião, as opiniões

---

<sup>31</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 204

dividem-se: uns afirmam que os profissionais mais crentes são mais próximos do doente, enquanto que outros afirmam que não há relação entre prática clínica e religião. O ponto de vista ético acerca do mundo pode afastar, neste caso, o homem dos valores religiosos.

Hessen, concordando com a afirmação de que os valores podem afastar ou mesmo levar a negar a divindade, considera que esta afirmação decorre tanto do lado do objecto (valor) como do lado do sujeito (homem). Do lado do objecto, na medida em que os valores se nos revelam na consciência. Há um «dever-ser» que lhes está implícito; é através de uma voz da consciência que o homem percebe a ordem de realizar os valores morais. Era a este eu mais profundo que Kant se referia quando falava em «autonomia» da consciência e vontade moral. Toda esta estrutura que se funda na relação dos valores com a consciência é condição de desaparecimento de qualquer atitude religiosa da alma, na opinião de Johannes Hessen.

Do sujeito, este afastamento ocorre, do lado na medida em que o que sustenta o homem moral e as suas forças espirituais, são a liberdade, a responsabilidade, a autonomia, a vontade, a intenção, o tomar partido pelo bem. Sendo a actividade moral livre, é nesta liberdade que consiste a autodeterminação do homem. Este «si-mesmo» equivale a uma autodeterminação ética, o que leva a uma absolutização do Eu humano, que parece prescindir de Deus.

A esta suposta negação da consciência de Deus decorrente da atitude ética, chama Hessen «*Hybris*», querendo com o termo grego significar a absolutização do Eu humano na sua realização dos valores.

A posição de Nicolai Hartman sobre este assunto encontra-se entre as mais radicais; a maioria dos autores considera que não se deve separar a causalidade humana da causalidade divina, admitindo, pelo contrário, que uma decorre da outra e, desta

forma, a atitude ética não é incompatível nem anula qualquer atitude ou consciência religiosa. Assim, uma forma de determinação ética não é incompatível com uma teleologia universal.

Uma outra ideia que parece afastar o homem do transcendente prende-se com o facto de colocar a vida no topo das suas valorizações. A ideia de imanência prevalece sobre a ideia de transcendência. Esta fundamentação assenta na prevalência dos valores estéticos sobre os valores éticos. No entanto, é a própria vida que se encarrega de desmentir esta prevalência pelo que tem de unilateral e superficial. Unilateral, na medida em que não tem um ponto de vista alargado acerca das coisas, vendo só o aspecto do agradável e não o do trágico. Superficial porque não penetra no mais profundo que a vida tem. Esta abordagem da vida desconhece a noção de culpa. Porém, alguns homens que se dedicaram exclusivamente à forma estética da vida, viram-se por fim quase que forçados a declarar a sua insuficiência; foi o caso de Goethe. Assim, esta prevalência do *ethos* da imanência sobre o *ethos* da transcendência dificilmente prevalece, devido ao facto de no final o homem sentir a falta de algo.

*Quem adora os ídolos está longe de Deus*, esta afirmação é indicadora de um outro caminho através do qual os valores nos podem afastar de Deus. A possibilidade de o homem se ocupar em demasia com os valores deste mundo, afasta-o da espiritualidade. A ideia de que os valores éticos nos podem afastar de Deus pode ser interessante na abordagem que leva as pessoas em geral e os profissionais de saúde em particular a optar pelo caminho preconizado pela ética e a não considerar o caminho de crença num Deus.

## 2.6.2 Os Valores e a Relação Homem – Deus

Platão no seu diálogo *Fédon*, no terceiro argumento acerca da imortalidade da alma, faz referência às coisas unas e indivisíveis como sendo as que representam a verdadeira realidade das coisas. No diálogo, Sócrates começa por reconhecer que só as coisas compostas se dissipam; ao se decomporem e desagregarem os elementos que as constituem também elas se desagregam e desaparecem. As coisas compostas estão sujeitas à lei da mudança e por isso nunca permanecem idênticas a si mesmas. Pelo contrário, as coisas que se mantêm constantes e permanecem idênticas a si mesmas, não sofrendo alterações, são as que são simples; só estas são imutáveis e indivisíveis. Toda e qualquer realidade «em si» não sofre qualquer tipo de mudança. “Mantendo-se constante e idêntica a si mesma, jamais comportando qualquer variação que seja”<sup>32</sup>. Enquanto que “ a imensidade das coisas belas, a beleza dos humanos, dos cavalo, das vestes e assim por diante (...) jamais se mantêm idênticas e são essas justamente as que tu podes tocar, ver e apreender pelos restantes sentidos”<sup>33</sup>. Como se sabe, para Platão a verdadeira realidade era constituída pelas «formas puras», o puramente inteligível, aquilo que mantém a «identidade própria», que não é acessível aos nossos sentidos. Esta realidade era considerada por Platão como sendo imutável, imperecível, da essência do inteligível e, por isso, inacessível à apreensão sensorial. Esta realidade requer a forma de apreensão preconizada por Scheler no que diz respeito aos valores, o sentimento. Este foi o critério já falado anteriormente de um valorar superior, ou seja de atribuir valor aquilo que realmente nos interessa, ou seja, nos dá respostas. Também para Platão, a verdadeira realidade das coisas não estava nas coisas divisíveis, estas facilmente pereciam e não tinham a durabilidade que tinham as coisas indivisíveis.

---

<sup>32</sup> Platão, *Fédon*, Guimarães Editores, Porto, 1990, 78d.

<sup>33</sup> Platão, *Fédon*, 78e.

Os valores são tanto mais importantes e duradouros, quanto mais indivisíveis forem. Esta analogia prende-se com a firmeza, a fidelidade, permanecer sempre idêntico a si-mesmo, como «Ente que é», Deus. Todos nós já experienciámos a bondade, o espírito de sacrifício e inter-ajuda que irradia de muitas pessoas ao nosso lado e também experienciámos a conforto que essa bondade nos transmite. Chegados até aqui, não temos grande dúvida que o que está na base destas atitudes ou comportamento são escolhas de valores mais altos que por consequência se manifestam em atitudes mais nobres e que visam o bem e que nós designamos como comportamentos éticos.

Podemos ainda dizer que estes valores mais elevados não são do domínio comum, não são «deste mundo». A sua importância e sentido projectam-nos para uma interpretação religiosa do seu sentido. Não sendo uma prova evidente da existência de Deus, são claramente um indicador e transporte para o horizonte do divino.

O homem, no que diz respeito à criação e realização dos valores, tem sempre tendência a ir mais além. Há uma aspiração do imperfeito por aquilo que é perfeito. (Parece ser esta a atitude das testemunhas de Jeová que, ao recusarem ser transfundidas, pretendem não violar o seu ideal de perfeição). Há, no homem uma aspiração para os valores. No entanto, a cada momento presente a impossibilidade de realização completa dos valores. O homem joga-se entre duas fronteiras, valor e ser, que jamais podem coincidir. Em todos os domínios e construções axiológicas se reflecte o descontentamento do homem na sua realização. Do ponto de vista intelectual, há um desejo insaciável de saber, ao ponto de a solução de vários problemas envolver outros problemas; também no domínio moral, há uma sede de perfeição moral associada ao homem. Esta insatisfação e procura da perfeição é o ponto de partida para um ideal superior, para um valor último. Esta insatisfação é a melhor prova duma aspiração

superior e de um acreditar ou pressentir um valor que se destaque no seio de todos os outros valores.

Uma outra perspectiva que nos aproxima da transcendência tem que ver com a abordagem dos valores negativos. O insucesso pode ser útil ao homem, na medida em que este pode ser o ponto de partida para procurar respostas que podem vir do infinito da transcendência. (A situação de doença pode levar o homem a uma situação de proximidade com a divindade). O mesmo acontece quando a vida se nos apresenta como repleta de sentido e valor; este é um momento em que não nos conseguimos libertar do reino da imanência. Pelo contrário, quando a vida se nos apresenta numa total ausência de sentido, o que passa para primeiro plano é uma procura pelo sentido da existência, o que abre as portas à transcendência. O sofrimento coloca o homem perante a transcendência. (A dor é um dos aspectos abordados em CI, até mesmo a forma de tirar a dor. Outro aspecto é o sofrimento, mesmo o daqueles que não estão doentes mas que acompanham o doente, que pode em muitos casos levar a uma aproximação da divindade). A culpa e o pecado despertam-no para a dependência de Deus, na medida em que o homem se sente impotente para se libertar dum tal peso, associado à culpa, que o carrega. Este sente a necessidade de recorrer a um poder superior para se libertar de tal peso, para que lhe seja devolvida a graça duma vida renovada para a prática do bem. Foi Max Scheler no seu ensaio acerca do arrependimento que melhor soube pôr em evidência este momento de transcendência que, através do arrependimento, aponta directamente para Deus. “quando nada mais houvesse no mundo, donde pudéssemos tirar a ideia de Deus, bastaria o fenómeno do arrependimento para nos chamar a atenção para a sua existência. O arrependimento principia sempre pelo *me poenitet* duma auto-acusação. Mas perante quem vamos nós acusar-nos a nós mesmos? O arrependimento é, além disso, bem claramente, uma íntima confissão das nossas culpas. Mas a quem

vamos nós confessá-las, quando os nossos lábios se não movem e nos encontramos a sós com a nossa alma? E com relação a quem nos sentimos devedores na culpa que nos oprime o coração?. O arrependimento, sabido é, termina sempre com o sentimento de que a culpa foi declarada extinta (...) O arrependimento como que profere o eu julgamento em harmonia com uma lei, que sentimos ser santa, mas que sabemos muito bem não estar em nós e não ter sido promulgada por nós (...) O arrependimento dá-nos uma nova força de bons propósitos e, em certos casos, um coração também novo no lugar do antigo”<sup>34</sup>. (Esta é uma situação que se pode colocar num horizonte de morte eminente). O sofrimento pode levar a uma aproximação dos valores religiosos.

Os valores religiosos enquadram-se na verdadeira essência do valor. Realizam exactamente a característica de estar dotados de carácter absoluto. Daí que sejam estes os mais respeitados pelos médicos em CI no quadro geral de todos os valores. O caso das transfusões sanguíneas em Testemunhas de Jeová, foi salvaguardado juridicamente, não havendo lugar a dúvidas ou arbitrariedades.

## 2.7 Metafísica dos Valores

Como já dissemos anteriormente, os valores podem ser pensados em si-mesmos, podem ser pensados tendo como fundamentação um absoluto metafísico e podem também ser pensados no que toca à sua referencialidade, ou seja na sua referência a uma realidade. Ora, pretendemos neste pequeno sub capítulo fundamentar de alguma forma o carácter transcendente dos valores e justificar este seu cunho metafisicamente. Como já se indicou anteriormente, os valores são qualquer coisa da ordem do ideal, das ideias. Estas ideias são essências metafísicas e entidades suprasensíveis e esta fundamentação

---

<sup>34</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 222.

já vem do platonismo, constituindo, mesmo o seu núcleo fundamental e central. Se para Platão as ideias eram consideradas como algo real, ou seja, o mundo suprasensível não era algo fechado, já S. Agostinho fundamenta as ideias na realidade dum espírito absoluto, o Deus do Cristianismo e é neste que se deve procurar a justificação de todas as verdades e valores. S. Agostinho tomou o *mundus intelligibilis* como uma consciência absoluta e é aqui que ele encontra a sede metafísica do Espírito Criador. A exploração destas ideias mostra-nos o carácter absoluto dos valores num sentido metafísico. Mas este carácter absoluto, só por si, não nos fundamenta metafisicamente os valores.

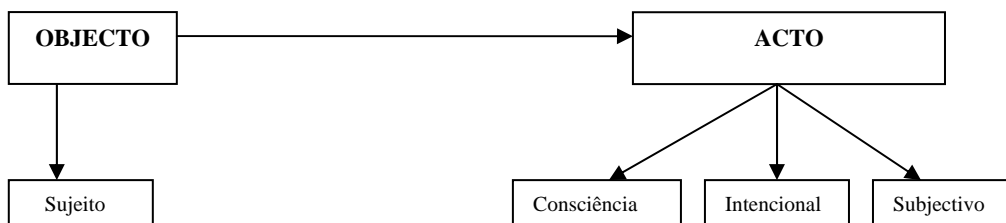
Sabemos que os valores espirituais existem e têm validade; apercebemo-nos deles de uma forma quase instintiva, (na prática clínica diária, são muito evidentes). A sua validade impõe-se-nos como algo natural e há qualquer coisa neles que provoca em nós uma aspiração por um contacto directo e que seja mais duradouro, que nos leva a aderir de uma forma inegável. É difícil encontrar alguém indiferente a esta realidade e que não de sinta tocado pela sua grandeza. Apercebemo-nos que a sua validade é de uma ordem superior e que esta mexe com o nosso ser mais profundo.

Esta necessidade de fundamentação metafísica dos valores, a sua ancoração num ser, é uma tarefa imprescindível e que tem de ser feita. Os valores não podem ficar simplesmente numa esfera contemplativa, eles têm de informar a acção. No entanto, não é uma tarefa fácil, uma vez que os valores são da ordem do ideal e só se manifestam de uma forma real. Trata-se de uma dificuldade gnosiológica que à partida parece resolvida se conseguirmos encontrar nos valores um referente real, se conseguirmos descobrir no fenómeno «valor» um «momento» de contacto com o real, se conseguirmos articular e fundamentar a passagem do valer para o ser, do ideal para o real. Podemos dizer que

esta é a vocação e aspiração dos valores, ou seja, sair da sua própria esfera do «valer» para a esfera do «dever-ser».

Este tipo de fundamentação metafísica dos valores, requer a existência de outra realidade. Só quem admitir a existência de uma outra realidade, a realidade de um Espírito absoluto, pode considerar esse espírito como origem metafísica das ideias e dos valores.

Se até aqui procurámos fundamentar metafisicamente os valores num referente real, ou seja em algo real, vamos agora procurar uma fundamentação metafísica, não no que toca aos objectos, mas no que toca à sua referência aos sujeitos reais que os vivem e experimentam, uma vez que os valores se referem a entes conscientes que os vivem e os sentem. Um valor é sempre um valor para um sujeito. Se existe uma esfera de valores intemporais e absolutos, temos também de procurar correlativamente um Sujeito transindividual, sobre-humano. Foi com base nesta premissa que Scheler fundamentou e centrou todo o seu trabalho e pensamento em torno dos valores. Para este pensador existe uma relação clara entre objecto e acto; a todo o objecto correspondem certos e determinados actos da consciência. É este o princípio fundamental da Fenomenologia em Max Scheler; ou seja, existe uma correspondência necessária entre a essência do objecto e a essência da vivência intencional.



**Esquema 2:** Princípio Fundamental da Fenomenologia

Os valores são também objectos, por isso não podem deixar de corresponder a esses objectos certos actos de consciência. Os valores para Max Scheler têm de se tornar, em virtude da sua própria essência, perceptíveis a uma consciência feita para os sentir. Esta correlação entre acto e objecto estabelecida por Max Scheler é da máxima importância para podermos chegar à existência dum espírito absoluto. Esta é a conclusão transcendental extraída deste tipo de raciocínio. “(...) que fazer, quando sentimos a necessidade de separar a própria ordem dos valores da contingente e variável consciência que o homem tem dessa mesma ordem, e, por outro lado, tivermos de pensar que uma ordem dos valores sem um Espírito cheio de amor, é uma coisa em si mesma contraditória? E não será igualmente um contra-senso admitir a possibilidade dum ordem de Ideias independente de nós, sem haver alguém que as pense? Ou dum realidade sem um impulso profundo que as constitua? Creio que nos será sempre impossível deixar de referir os diferentes domínios do Ser, que existem e perduram independentemente da curta vida do homem, ao acto ou actos de um Espírito único e transindividual, por sua vez atributo misterioso do Ser supremo, primitivo e uno (...) E o mesmo digamos em todos os casos em que os acharmos diante de semelhantes dependências dos objectos a respeito do homem de carne e osso que habita este pobre mundo sublunar”<sup>35</sup>. Os valores para Max Scheler não podem ser desligados da sua relação com o Espírito. Hartman, pelo contrário, que construiu o seu edifício axiológico no terreno da fenomenologia, distancia-se de Scheler quando funda os valores sobre si-mesmos.

A realidade encontra-se naturalmente predisposta para receber os valores. Apesar de haver uma distinção clara entre ser e valor, entre ordem ontológica e ordem axiológica, não deixa de haver entre estas duas ordens uma conexão. A realidade é

---

<sup>35</sup> Scheler, M., *Le Formalisme ...*, p, 272.

permeável e receptiva aos valores. Nós não só podemos conhecer os valores, como podemos realizá-los e quanto mais valores realizarmos, sobretudo os éticos, tanto mais nós próprios seremos parte da realidade valiosa.

A realidade está já na sua plena essência preparada para receber os valores. “O mundo dos valores torna-se realidade na nossa boa vontade, realidade que alguns podem talvez negar com palavras, mas sem deixarem de acreditar nela nas suas acções. Do jogo das forças inorgânicas nasce, de facto, alguma coisa de novo e de diferente delas, a vida orgânica; do organismo eleva-se o psíquico; do psíquico e suas conexões nasce o mundo das normas. Finalmente, sobre este, sobre o mundo do dever-ser, levanta-se o mundo dos valores”<sup>36</sup>. O mundo dos valores traz algo de novo à vida orgânica. Este veio a constituir-se como algo central e decisivo na constituição duma personalidade. Esta personalidade é-o na medida em que já foi *contaminada* pelos valores. Esta questão da personalidade virá a tornar-se uma magna questão neste nosso trabalho, quando aliada à decisão. Os valores *contaminam* a personalidade e esta ilumina a decisão. A decisão será tão diversa e tão variada nas suas direcções em grande medida em virtude da *contaminação*, da afectação que sofreu por parte dos valores. A personalidade tem ainda uma outra faculdade neste seu relacionamento com os valores, ela tem a capacidade de criar e constituir os valores. Foi assim que T. Jaeger, teólogo protestante pensou e fundamentou a questão dos valores e a vida da personalidade; para ele a personalidade cria valores e imprime-lhes o seu sentido enquanto tal. O bem, o mal, o belo e o feio só existem mediante a existência duma personalidade.

“O súbito aparecimento da vida do espírito, dos valores éticos e da personalidade, no meio do Universo, não pode ter o significado duma perturbação escandalosa na sua economia geral, como o não teve já, anteriormente, o aparecimento

---

<sup>36</sup> Rickert, Hans, *Weltanschauung*, p. 44 in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, pág. 239

da vida orgânica. O mundo não podia deixar de estar já preparado, como que montado já para ela, e à sua espera. Tem-se o pressentimento de que essa Vida brota das fontes mais profundas da existência. E se a vida da personalidade muito superior à da natureza, é realmente o factor que vem, pela primeira vez, dar e imprimir no mundo um carácter decisivo, não poderemos nós, porventura, concluir daí que devem ser precisamente os valores, que constituirão, de certo modo, o coração desse cosmos, isto é, alguma coisa, pelo menos, que se parecerá muito com a Personalidade e a vida pessoal? E porque não dar um nome a esse grande mistério, de que acabamos de falar, e donde nos vem afinal tudo aquilo que de melhor há em nós? Profiramos esse nome: Deus”<sup>37</sup>

Uma das grandes preocupações de Max Scheler foi a necessidade de sedimentar, fundamentar a sua filosofia e em concreto a filosofia dos valores num Ser absoluto; para ele existe um Ser absoluto, isto é, um ser do qual todo o outro ser não absoluto recebe a espécie de ser que tem. O próprio ser das coisas exige que elas tenham a sua origem num Ser puro e simples. À semelhança de Kant, também Scheler partilhou a ideia de que a razão humana aspira neste domínio a fazer derivar tudo dum mesmo princípio único. Esta necessidade de fundamentação está ancorada na necessidade de dar sentido, razão e espírito à realidade; a pergunta, “como é possível a realização dos valores?”, encontra a sua resposta neste Ser absoluto, e quando falamos neste Ser queremos-nos referir a Deus, como ordem metafísica de todo o Ser.

Depois de considerarmos o que aqui foi exposto a propósito da teologia dos valores, queria sublinhar a importância do profissional de saúde e do decisor, estarem despertos para estas realidades. Estarem munidos de ferramentas intelectuais que lhes facilitem de alguma forma, a sua acção.

---

<sup>37</sup> Jaeger, P., *Zur Ueberwindung des Zweifels*, 1906, págs 39 e seg. in Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 239

### PARTE III

#### DECISÃO E VALORES

Depois de, uma forma genérica, termos abordado a filosofia dos valores e termos tentado esclarecer o que de mais original têm os valores; depois de termos delimitado o conceito, definindo-o, para mais facilmente percebermos o tipo de problemática a que se referem; importa agora perceber **de que forma os valores se articulam com a decisão**, de que forma os valores estão presentes num momento tão importante, como é o momento de tomar decisões em cuidados intensivos, e em última análise, de que forma eles modificam, influenciam *o modus vivendi* em ambiente de cuidados intensivos. O profissional de saúde neste ambiente, confronta-se diariamente com situações onde facilmente é chamado, a tomar decisões. Se a decisão é por si só problemática, mais problemática ainda se torna quando o conteúdo desta decisão envolve a vida humana e tudo aquilo que nela está presente. Para além de um técnico de saúde, capaz de resolver situações de carácter pragmático, de devolver a saúde ao doente, temos agora um agente moral, que rodeado por uma panóplia de tecnologia que colocaram ao seu dispor, é chamado a tomar decisões que, como dissemos, têm a dificuldade de envolver a vida humana. Entra aqui um novo envolvimento do profissional de saúde com o aparecimento da tecnologia aliada à Medicina. A mesma tecnologia que tem como finalidade o bem do doente é a mesma tecnologia que coloca entraves ao bem da pessoa humana. O mesmo profissional que tem como finalidade devolver a saúde ao doente é o mesmo agente moral que se esbarra com situações onde tem de tomar decisões que envolvem a vida humana.

**Será que os profissionais, da mesma forma que estão equipados com ferramentas técnicas, estão equipados com ferramentas teóricas, valorativas, que lhes permitam**

actuar, decidir, e fundamentar as suas decisões de uma forma justa, se é que isto é possível? Tudo isto nos aparece ainda como sendo um mundo novo, da chamada “humanização da medicina”, de que tanto hoje se fala. Podemos, no entanto, dizer que são problematizações que começam a ter algum relevo, a despertar interesse e, sobretudo, que já não passam despercebidas à maioria dos profissionais de saúde. Importa antes de mais reflectir sobre o valor da pessoa humana, sobre a sua dignidade sobre a sua centralidade na medicina. É preciso delimitar e definir o conceito de pessoa, através de uma atribuição de valores que a caracterizem enquanto tal, para elucidar quem todos os dias lida (leia-se: tem de decidir) com a realidade da pessoa humana e do seu corpo. Não vamos aqui fazer este trabalho, uma vez que já foi superiormente feito pela história do pensamento e que resultou na abordagem de três grandes concepções: concepções dualista, monista e personalista. Podemos dizer que o que define estas três concepções são os valores que atribui à pessoa humana. Sem nos querermos alongar nesta introdução a um tratamento mais pragmático e direccionado para o contributo que os valores poderão dar na decisão em cuidados intensivos resta-nos dizer que decidir significa, que cada um, em face de, vários caminhos que se lhe apresentam, tem de escolher um deles. Do ponto de vista da ética, a escolha é uma escolha pessoal, não pode ser imposta pelos outros. O acto ético, a decisão, é algo que vem de dentro e não de fora. Aqui está também patente a diferença entre ética e direito. Eticamente só posso dirigir-me a mim a não aos outros. “A razão ética só presta contas a si própria, mas não significa que dá contas apenas de si; ela, com efeito, não pode senão prestar contas do conteúdo das suas escolhas. Ora, é este conteúdo que lhe dá a sua densidade ética, a sua consistência existencial e é nele que se perfilam os valores. Noutros termos, a liberdade ética, tanto da vida privada como da vida pública, depende dos valores, a liberdade

recebe deles o seu conteúdo”<sup>38</sup>. Os conteúdos orientadores da decisão são os valores. São estes conteúdos que determinam e caracterizam a liberdade, tomando aqui como liberdade a tomada-de-posição.

### 3.1 A Consciência Moral e os Valores

A consciência moral é o elemento central de todo o horizonte ético. Se tivermos de perguntar onde é que os valores têm lugar, facilmente apontaríamos a consciência moral como o seu lugar privilegiado.

Um acto moral pressupõe um sujeito dotado de uma consciência moral, isto é, uma pessoa cuja consciência é capaz de distinguir o bem do mal, de orientar os seus actos e julgá-los segundo o seu valor.

A questão acerca do que é e de qual a origem da consciência continua ainda hoje a ser alvo de muitas reflexões não só por parte do saber filosófico como também de outras áreas do saber, nomeadamente da Psicologia e da Medicina. Na realidade, o que é que queremos dizer quando afirmamos que os valores contribuem para clarificar o conhecimento que se tem da consciência? Onde é que se situa esta zona de racionalidade bio-psico-física, que nos permite distinguir o bem do mal.

Encontramos no pensamento de Diego Gracia uma referência importante para a compreensão da consciência. Gracia introduz o tema considerando o ponto de vista da apreensão que o ser humano tem dos conteúdos morais. Em moral, depois de apreender o carácter formal e transcendentemente moral da realidade humana, é necessário determinar os conteúdos morais (o bom e o mau). Para Gracia existem dois momentos importantes na passagem da ética formal à moral de conteúdos. Há um primeiro

---

<sup>38</sup> Renaud, Michel, in *Novos Desafios à Bioética*, Porto Editora, 2001 (edição Coordenada por Luís Archer, Jorge Biscaia, Walter Osswald, Michel Renaud), p. 15.

momento que corresponde à simples apreensão do conteúdos no terreno moral e esta fase corresponde a uma fase avaliativa.

O segundo momento, corresponde a uma fase de emissão de juízos. Este é um momento valorativo. Desenvolveremos este assunto mais à frente neste trabalhos, quando falarmos da distinção entre juízos éticos e morais.

Para Gracia a consciência pode ser cognoscitiva, na medida em que se dá conta dos objectos do ponto de vista ontológico, e avaliativa na medida, em que é valorativa. A consciência avaliativa funda-se na consciência cognoscitiva. A ética de conteúdos funciona a par do *logos* e é aí que se dá a avaliação ou valoração.

A questão acerca da origem, formação e desenvolvimento da consciência moral tem sido uma questão muito debatida e que ao mesmo tempo dividiu os pensadores

Até ao século XVIII predominaram as teorias morais que defendem que esta consciência é inata, sendo portanto anterior a qualquer experiência. Na época contemporânea, predominam as teorias que afirmam que a consciência moral é adquirida em sociedade na nossa relação com o outro. Os rostos destas teorias foram tão diversos como K. Marx, F. Engels, F. Nietzsche, E. Durkheim ou S. Freud. A formação e desenvolvimento da consciência moral, foi objecto no século XX, de importantes estudos, nomeadamente por Jean Piaget e Lawrence Kohlberg. Relembremos de uma forma sucinta a formação e desenvolvimento da consciência moral segundo Piaget. A moralidade desenvolve-se paralelamente à inteligência, e há um progresso que vai da heteronomia à autonomia moral.

Em seguida apresentamos de forma sucinta duas propostas diferentes acerca do desenvolvimento da consciência moral:

1ª etapa: é constituída por uma moral de obrigação - heteronomia e normalmente ocorre entre os 2 e os 6 anos; a criança vive numa atitude unilateral de respeito absoluto aos mais velhos. As normas são totalmente exteriores à criança.

2ª etapa: é constituída por uma moral da solidariedade entre iguais e ocorre entre os 7 e os 11 anos; o respeito unilateral é substituído pelo respeito mútuo e a noção de igualdade entre todos. As normas aplicam-se de uma forma rígida.

3ª. etapa: é constituída por uma moral de equidade-autonomia e ocorre normalmente a partir dos 12 anos; aparece o altruísmo, o interesse pelo outro e a compaixão. A moral torna-se autónoma. O respeito pelas normas colectivas faz-se de um modo pessoal.

Segundo Kohlberg a consciência moral forma-se através de sucessivas adaptações do conhecimento às fases da aprendizagem social. Este pensador identificou três níveis de desenvolvimento moral, sendo cada um deles caracterizado pelas considerações que o sujeito faz sobre questões no âmbito da justiça, tais como: a) a igualdade em termos de direitos e deveres e a extensão dos mesmos; b) a relatividade ou universalidade da justiça; c) as atenuantes ou agravantes na concretização destes direitos e deveres, etc.

Nível pré-convencional (pré-moral): as normas sobre o que é bom ou mau são respeitadas atendendo às suas consequências e ao poder físico dos que as estabelecem.

Nível convencional: vive-se identificado com um grupo e procura-se cumprir bem o próprio papel, respondendo às expectativas dos outros, mantendo a ordem estabelecida (a ordem convencional).

Nível pós-convencional (autónomo ou de princípios): Há um esforço para definir valores e princípios de validade universal, isto é, acima das convenções sociais e das

peças que são autoridade nos grupos. O valor moral reside na conformidade com esses princípios, direitos e deveres que podem ser universais.

A teoria dos valores clarifica a consciência do homem tornando-a mais firme e mais rica. O sentido da vida reside na realização dos valores. A consciência moral dos valores só tem a lucrar com uma investigação teórica, de forma a tornar sólido o saber consciente.

### 3.2 Juízo Moral / Juízo Ético

De nada serve uma tematização da filosofia dos valores, se não conseguirmos demonstrar como é que estes orientam o comportamento concreto do homem. Os valores são ao mesmo tempo modelos e referências, ideias que derivam de duas instâncias uma racional e outra cultural e o juízo ético articula estes dois planos. O juízo ético situa-se na retaguarda do juízo moral e este determina de forma positiva o estilo da acção a empreender. O juízo ético recusa a figuração normativa da acção a realizar. O juízo ético pressiona-nos a inventar o modo de conduta a seguir e a reflectir acerca da boa solução.

O juízo moral é universal e transcendental, não pode conter dois pesos e duas medidas. No entanto, o juízo ético é especificamente particular, circunstanciado e relativo; e isto não significa que seja fantasista ou aleatório. É estabelecido pela razão e interpreta as normas à luz dos factos e os factos à luz das normas, “o juízo ético põe à prova a razão hermenêutica.”<sup>39</sup>

Existe uma outra razão muito importante que separa o juízo ético do juízo moral. Se por um lado, o juízo moral é *a priori*, ou seja, independente da apreciação ou escolha dos

---

<sup>39</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, Coimbra, Almedina, 2002, p 92.

sujeitos, de tal modo que há um anonimato que advém da sua universalidade, o juízo ético, por sua vez, compromete o sujeito que o formula. Todavia, a distinção que se está aqui a fazer não serve, para opor radicalmente o juízo ético e juízo moral, “o juízo ético apresenta-se, com efeito, como uma resposta hermenêutica do juízo moral, que, posto a priori, o precede.”<sup>40</sup>

O saber moral é universal, *a priori* e fundamentalmente teórico; enquanto que o saber ético apela à virtude do razoável, sendo ao mesmo tempo teórico e prático. “O juízo ético produz o saber, em virtude do qual o sujeito assume as suas decisões”<sup>41</sup>, na medida em que o saber ético se constitui por natureza como um saber não linear, subjectivo, frágil mas ao mesmo tempo vivo, expõe o sujeito envolvido ao risco e à incerteza. “Enquanto a consistência do saber reside na coerência e transparência, não pode haver uma experiência dos valores. Estes revelam-se apenas através da interrogação, da dúvida ou da incerteza, em suma, de dupla constatação, incidindo sobre a interpretação dos modelos e sobre a acção histórica.”<sup>42</sup> Trata-se de uma posição questionável. Resweber, defende que os valores, ao pertencerem ao campo de interrogação, pouco contribuem para a clarificação da decisão expondo o sujeito ao risco e à incerteza. No entanto, e pelo seu carácter marginal e paradoxal o “juízo ético dá vida aos valores abstractos da moral, aos valores codificados do direito, aos valores postos em jogo no ritual cultural, aos valores reguladores da deontologia. (...) o juízo ético, realiza um reajustamento contínuo das regras à prática (...) É o juízo ético, que transforma em valores, códigos, regulamentos, lei, normas, interditos (...)”<sup>43</sup>. (...) O juízo ético tem, assim, por função definir as regras, que nos autorizam a ajustar as

---

<sup>40</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, p. 92

<sup>41</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, p. 93

<sup>42</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, p. 93.

<sup>43</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, p. 94-95.

finalidades às circunstâncias complexas e às dificuldades, por vezes, insolúveis da vida (...)<sup>44</sup>

Somos continuamente colocados diante de escolhas a fazer, o juízo ético está envolto num horizonte de possibilidades ao ponto de formular a questão “até onde é que eu posso ir?” De nada serve procurar no dever a regra do nosso poder, porque aí sim ficaríamos prisioneiros de um discurso normativo e moral.

### 3.3 Conflitos de Valores, Ética da Discussão e Consenso em Bioética

Michel Renaud num capítulo onde reflecte acerca da análise da ética face aos problemas novos, adverte que a ética não mudou, desde os seus primórdios na Grécia antiga, mesmo com o aparecimento de novas tematizações, tais como a ética utilitarista, ética ambiental, “estamos perante uma diferença de grau e não de natureza (...) a actualidade da ética depende mais dos problemas novos que é preciso resolver à escala nacional ou mundial do que da evolução da teoria ética do bem. Precisamente a esse respeito, nota-se que o primeiro consenso, talvez demasiado facilmente adquirido nas nossas sociedades ocidentais, incide na tese segundo o qual ninguém tem o direito de impor ao outro ou aos outros a sua concepção de bem”<sup>45</sup>. A ética para este autor não mudou, “a permanência de várias éticas teóricas não significa necessariamente que a ética mudou: em todas elas o que está em causa é o modo como o agir pode ou deve ser orientado pelo sujeito da acção; em todas elas uma certa ideia de bem subjaz, explícita ou implicitamente, à posição da acção”<sup>46</sup>. Os novos condicionalismos do mundo contemporâneo é que exigiram novas respostas por parte da ética. No entanto, as

---

<sup>44</sup> Resweber, Jean-Paul, *Filosofia dos Valores*, p 99.

<sup>45</sup> Renaud, Michel, in *Novos Desafios à Bioética*, p. 14.

<sup>46</sup> Renaud, Michel, in *Novos Desafios à Bioética*, p. 14.

grandes questões éticas mantêm-se inalteradas, bem como a essência e estrutura do pensamento ético.

Esta análise torna-se pertinente numa abordagem ética acerca dos valores e decisão em cuidados intensivos, porque a ética da discussão ocupa hoje um lugar importante, na medida em que existe a necessidade de tomar decisões colectivas. Para Michel Renaud esta ética da discussão surge em primeiro lugar da necessidade de tomar decisões colectivas e, portanto, surge da busca de um consenso e por outro surge da emergência de uma nova forma de compreender a ética. "Ela pode ser caracterizada, a montante do agir, pelo facto de se juntar uma multiplicidade de pessoas implicadas na tomada de decisão; a jusante, ela ocupa-se apenas dos actos que têm uma repercussão social clara. (...) A ética da discussão elabora-se, então, pelo facto de se centrar na procura de um consenso tão largo quanto possível entre os membros de um grupo"<sup>47</sup>. A ética da discussão está confrontada com problemas de carácter interdisciplinar. A ética da discussão está hoje a tomar os contornos de uma ética política. É esta ética da discussão que está hoje a dar visibilidade à bioética.

Trata-se de uma questão difícil, na medida em que estão em conflitos dois âmbitos que à partida se regem por categorias algo diferentes: a ética e o direito. Eticamente, só posso obrigar-me a mim próprio e não aos outros. A razão ética só presta contas a si própria. A razão ética presta contas das suas escolhas e é aqui que se perfilam os valores. A liberdade ética tanto da vida privada como da vida pública, depende dos valores que ela escolhe. A liberdade recebe dos valores o seu conteúdo. É o conteúdo dos valores que caracteriza e determina a liberdade.

Também para Diego Gracia os problemas da bioética não afectam só o indivíduo mas também as sociedades, ou seja, interferem com o bem comum. Para além das moral

---

<sup>47</sup> Renaud, Michel, in *Novos Desafios à Bioética*, p. 17.

individual existe uma moral colectiva. O médico deve informar as autoridades sanitárias da detecção de uma determinada doença num paciente, ainda que, desta forma, limite o direito dos indivíduos à sua privacidade. A sociedade deve estabelecer este tipo de normas de conduta. O problema é definir o método adequado para a sua elaboração. Cabe ao Estado gerir as consequências que podem resultar do conflito entre bem o privado e o bem comum. Num hospital convivem médicos com concepções de bem e mal, muito diferente; o estado é que terá de definir linhas de actuação muito concretas, para evitar o conflito.

Gracia, chama «moral civil» a esta dimensão pública de moral em que os estados se devem empenhar de forma a uniformizar critérios de criação de consensos. “Os valores próprios e constitutivos de uma moral civil não podem ser outros senão aqueles que a sociedade civil descobre e aprecia como tais. São os indivíduos que descobrem os valores e a sociedade não pode fazer mais do que «consensuar» o mais possível os valores de todos os indivíduos, resolvendo as situações de «conflito». Esta resolução faz-se nos países do primeiro mundo através de um método perfeitamente estabelecido, que é o «democrático». Quer isto dizer que a moral civil não pode ser outra coisa senão um conjunto de valores morais defendido e vivido pela maioria dos agentes morais duma sociedade”<sup>48</sup>

Para Gracia a bioética é hoje uma disciplina importante por que trata de conflitos, de conflitos de valores. A questão está em saber como é que se resolvem os conflitos. O direito tem por missão a resolução de conflitos, através da implantação de soluções justas.

Diego Gracia, apresenta duas características importantes do método da «bioética civil», aquela que se impõe hoje como ética da discussão: em primeiro lugar, o

---

<sup>48</sup> Gracia, D., *Fundamentos...* P. 429.

trabalho em equipa, tornando consensuais as posturas divergentes de modo a chegar a soluções democráticas, e em segundo lugar, a casuística, partindo dos casos para os princípios. Ao contrário do principialismo, a casuística parte dos casos para os princípios. Assume uma atitude mais indutivista. Os seus principais promotores foram Albert Jonsen e Stephen Toulmin. Estes autores criticam a atitude dedutivista do principialismo, ao passar de uma verdade universal para a formulação de um novo juízo, propondo uma forma de raciocínio que vai do particular para o geral. Parte dos casos em concreto para a formulação de um juízo.

O autor fala em trabalho de grupo, referindo-se mesmo à criação de comissões de ética hospitalar ou outras, onde as questões são discutidas e debatidas em grupo, procurando sempre, e se possível, o consenso. O trabalho de grupo coaduna-se com o método da casuística e com o método da Ética Clínica. Albert Jonsen, na sua obra *Clinical Ethics*, afirma que a ética médica não deve começar pelo estabelecimento de grandes princípios ou de códigos normativos, mas sim pelo estudo de casos concretos. O método da bioética tem de ser, para Albert Jonsen, formalmente clínico. A decisão ética tem de se basear no método da ética clínica que, segundo o autor, deve ter as seguintes fases:

- 1 – Exposição do caso clínico. Neste primeiro passo está em causa o historial clínico daquele paciente.
- 2 – Comentário moral. Este comentário deve ser feito baseado em critérios médicos, preferências do paciente, qualidade de vida e factores sócio-económicos. Os critérios médicos devem estar baseados no princípio da beneficência, preferências do paciente, autonomia, qualidade de vida e bem estar, justiça e equidade.
- 3 – Conselho moral. Este é o passo mais importante na medida em que implica aconselhamento acerca de actos, opiniões e circunstâncias à luz das categorias éticas

O método casuístico é tipicamente pragmático e decisionista. Este era um método já utilizado em clínica médica, na prática judicial e agora aplica-se também na bioética. Preocupa-se mais com questões de medicina clínica do que com questões de fundamentação. Diego Gracia analisa a metodologia utilizada pela psicanálise fazendo uma analogia com o método da casuística. O autor acha que o bioeticista pode aprender muito com o método psicanalítico. As suas técnicas de análise de sentido, podem, por vezes, servir para melhor compreender as motivações mais profundas de certas condutas morais dos pacientes. A psicanálise não vê um problema individual como algo isolado, mas sim como algo que só se torna compreensível depois de referenciado em todo o contexto do ser humano.

Das várias atitudes metodológicas apresentadas por Gracia, a saber, o método ontológico, deontológico e axiológico, o método da casuística, enquadrado na atitude metodológica dum metodologia epistemológica ou decisionista é, segundo o autor, o que melhor contribui para a obtenção de consenso na moderna bioética.

Acabámos de verificar a coexistência de uma pluralidade de metodologias e uma complexificação das condições de convivência das várias bioéticas; no entanto, todas elas têm como finalidade a busca de consenso. Todas as bioéticas defendem a resolução de conflitos de valores, heteronomias. “A permanência de várias éticas não significa necessariamente que a ética mudou: em todas elas, o que está em causa é o modo como o agir pode ou deve ser orientado pelo sujeito da acção; em todas elas uma certa ideia de bem subjaz, explícita, ou implicitamente, à posição da acção”<sup>49</sup>

A regulação do agir moral articula-se em função de muitas direcções: a busca da felicidade, bens utilitários, Deus etc. Importante na definição de um rumo é ter bem definido aquilo que se pretende como finalidade da acção humana. A finalidade do agir

---

<sup>49</sup> Renaud, Michel, in *Novos Desafios à Bioética*, p. 14

tem pode ser composta por elementos diversos, um interno e outro externo. Elemento externo na medida em que ela se projecta em pontos de vista diferentes que decorrem da acção. Numa decisão em fim de vida, facilmente somos colocados perante duas situações que certamente terão por base metodologias de acção, finalidades e consequências diferentes. A questão acerca da distinção entre da vida ou qualidade de vida nas decisões em fim de vida, divide os grupos de trabalho. Não haverá dúvidas que em ambos há pretensão de aplicar a noção de bem, mas claramente com finalidades distintas. A escolha de um destes caminhos tem origem, na minha opinião num factor interno, que corresponde a uma assimilação de valores, potenciadores de intenção e constituintes de uma clarificação da nossa consciência e capazes de orientar a nossa perspectiva sobre o mundo e sobre a vida.

### 3.4 Estruturas de Apoio à Decisão Médica em Cuidados Intensivos

A decisão é um tema transversal a todas as áreas do saber e do agir. Trata-se um tema de tal forma importante que está sempre na ordem do dia das grandes organizações e empresas. Dela depende, muitas vezes, o rumo, os ganhos e perdas, os sucessos e insucessos destas organizações. Por ser tão importante, tornou-se objecto de estudo para muitas áreas do saber.

A teoria da decisão tem como base a reunião de toda a informação possível acerca do assunto que se quer decidir, para poder optar pela posição mais acertada. A ideia de conceber sistemas de apoio à decisão, recorrendo a paradigmas de descoberta de conhecimento em bases de dados não é nova. Vários programas informáticos de apoio à decisão clínica já foram desenvolvidos. A engenharia biomédica e informática considera as UCI como um campo rico para testar estas hipótese, dada a sua

complexidade e volume de dados originados. Actualmente existem vários modelos e softwares de prognóstico, com o objectivo de previsão do resultado clínico final.

É nossa intenção apenas referir, as tentativas de criação e implementação de sistemas de apoio à decisão, baseados na recolha de informação, armazenamento em bases de dados e depois organizá-los informaticamente de forma a elaborar uma decisão, ou a fornecer elementos de apoio à decisão.

O modelo decisional que aqui pretendemos referir, apesar de ser originariamente diferente daquele que se propõe neste trabalho, poderá ser mais um elemento de apoio à decisão, sobretudo em questões que envolvem algum automatismo. No entanto, estes modelos ainda não ganharam a força e a adesão suficientes para a sua implementação no terreno.

A decisão baseada na evidência dos factos é aquela em que a maioria dos profissionais de saúde mais confia e é diferente do modelo de sistemas de apoio à tomada de decisão, na medida em que o primeiro se baseia em estudos clínicos e o segundo numa recolha de elemento estruturados num programa informático.

O modelo decisional baseado nos valores e na resolução dos conflitos de valores aliado à racionalidade está mais próximo da realidade dos cuidados intensivos. A casuística assume aqui um papel importante e, desta forma, a deliberação torna-se um momento muito importante na reflexão das particularidades e especificidades que cada caso levanta. O modelo decisional baseado nos valores acrescenta algo de novo à decisão na medida em que fomenta a reflexão dando atenção particular ao estudo de caso.

### 3.4.1 Sistemas Informáticos como Elemento de Apoio à Tomada de Decisão

As áreas de gestão de economia desenvolveram grandes sistemas de apoio à tomada de decisão como tentativa de reunir o maior número de variáveis de informação, tornando-a, desta forma, o menos subjectiva possível. Uma vantagem de aliar a informática ao processo decisional é, sem dúvida, a capacidade de reunir o maior número de informação possível e de a colocar ao dispor do decisor.

Como já referimos anteriormente, houve habitualmente, alguma resistência da parte do utilizador / decisor em aderir a este tipo de programas informáticos de apoio à decisão. Mas, também não deixa de ser verdade, que hoje as unidades de cuidados intensivos hospitalares estão repletas de tecnologia, dando esta ao decisor dados clínicos importantes acerca do doente, como por exemplo dados clínicos de imagem, apresentação instantânea de dados de forma a tomar uma decisão, a validação de dados através do processamento em laboratórios de análises clínicas, etc. Todos estes factores, entre outros, levaram um entrevistado, referido mais à frente neste estudo, a chamar aos cuidados intensivos, “medicina intensiva baseada no monitor”, querendo com isto alertar para alguma desumanização provocada pela tecnologia, uma vez que, na realidade, a maioria das manobras realizadas se faz em função daquilo que o monitor informa.

Os sistemas informáticos foram de alguma forma implantados, mas em sectores em que a sua responsabilidade na decisão não é tão visível. Estes sistemas de apoio à decisão são aplicações desenhadas para auxiliar os médicos em algumas tomadas de decisão de diagnóstico e terapêutica. Estes sistemas consistem numa base de conhecimento e num mecanismo de inferência que utiliza dados clínicos recolhidos com o objectivo de gerar recomendações específicas. Trata-se de sistematizar o conhecimento médico e integrá-lo num sistema computacional.

Ora, é certo que este procedimento suscita alguma controvérsia, na medida em que, por um lado, nos coloca a questão de saber se um qualquer utilizador não-médico, através deste sistema, poderia chegar às mesmas conclusões que o médico; há evidentemente uma limitação clara neste sistema, na medida em que há uma inexistência de evidência empírica para muitas das decisões / acções que são realizadas na clínica. Um aspecto negativo associado a este tipo de sistemas é que quase nunca são sujeitos a uma avaliação clínica, o que levou o mesmo interveniente neste estudo a dizer que não há um INFARMED para este tipo de tecnologias. Se um fármaco entra no mercado passados em média 14 anos, um dispositivo, pode levar meses apenas, desde que são aferidas as suas vantagens e potencialidades. Por outro lado, poderá haver alguma vantagem destes tipo de sistemas de apoio à decisão na medida em que facilitam o acesso a dados úteis para a tomada de decisão, disponibilizam alertas e sugestões, auxiliam o diagnóstico, apoiam o plano de acção em termos de requisições e prescrições, alertam para eventos e padrões em novos dados clínicos e melhora a documentação de apoio administrativo, no armazenamento, e no transporte dos dados.

#### 3.4.2 Directivas Antecipadas da Vontade como Elemento Valorativo de Apoio à Tomada de Decisão

Como temos vindo a salientar, a decisão é uma acção complexa que implica a interacção de vários elementos. Esta relação de complexidade intensifica-se quando da vida humana se trata. A grande maioria das decisões que se tomam em cuidados intensivos tem que ver com a vida ou com a qualidade de vida. Também já referimos que a decisão é um processo onde são escolhidas alguma, ou apenas uma alternativa para a acção que se pretende realizar. As decisões são tomadas com base em propósitos e orientadas para um determinado objectivo. A decisão implica uma previsão dos seus

efeitos quer no presente quer no futuro. O processo de decisão implica: a identificação do problema; criação de alternativas; avaliação das alternativas para seleccionar a melhor; implementação da melhor alternativa. Quanto maior e melhor for o número de elementos e alternativas que tivermos ao nosso dispor para decidir mais eficazmente nos podemos aproximar da boa decisão, se é que esta noção existe em medicina.

Nas sociedades modernas existem dois fenómenos importantes que caracterizam a relação médico-doente, quando este último se encontra em processo de morrer: o primeiro deve-se ao facto de o progresso da tecnologia aplicado à manutenção da vida ter obrigado a medicina contemporânea a enfrentar problemas éticos inexistentes há cinquenta anos atrás. Hoje as pessoas morrem cada vez menos de forma súbita ou incontrolada. Um estudo efectuado por Teno, J. M., Lics, S. e publicado no *Journal American Geriatrics Society* afirma que em alguns países três em cada quatro mortes se dão nos hospitais e a maioria delas resultam de uma decisão de não continuar ou não iniciar um tratamento vital e a maior parte destas decisões não são tomadas pelo próprio paciente que, entretanto, perdeu a capacidade de comunicar.

A medicina evoluiu na sua vertente preditiva, de prevenção, de diagnóstico e de prognóstico. Cada dia se sabe mais acerca dos mecanismos da doença, da sua natureza e possível evolução.

O segundo tem que ver com o facto de a relação que hoje se estabelece entre médico e doente ser radicalmente diferente e se caracterizar por um progressivo ganho de autonomia por parte do doente. Médico e paciente são dois interlocutores que negociam progressivamente os objectivos terapêuticos. Nesta relação temos: duas competências, uma diferença e uma igualdade. Duas competências diferentes, uma do médico outra do doente que resultam também numa diferença e uma igualdade no que compete ao carácter moral. Esta mudança paulatina na relação médico-doente, instaura

um novo conceito fundamentado numa autonomia do doente. É neste contexto de primazia da autonomia do doente que surgem as directivas antecipadas da vontade. Um doente mentalmente competente pode designar os tratamentos que desejaria receber ou o que os médicos não deveriam fazer em caso de incapacidade de expressar a sua vontade ou de tomar decisões.

Este documento daria uma maior consideração às preferências individuais dos pacientes, no que diz respeito ao modo como desejariam ser tratados no final da vida. A criação deste documento permitiria uma maior relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde. Este ajudaria o paciente a pensar o seu próprio futuro e a tomar decisões informadas. Este diálogo permitiria que o profissional de saúde obtivesse mais conhecimento acerca da identidade moral do seu paciente, dos seus valores, crenças, medos e preferências. Permitiria uma diminuição da medicina defensiva, com um benefício claro para o doente. Haveria uma diminuição das práticas fúteis. Ajudaria os profissionais na tomada de decisão relacionada com o fim de vida. Retiraria aquele peso moral que normalmente o sobrecarrega em casos de doente terminais e irreversíveis.

Não se pretende fazer aqui uma descrição exaustiva das directivas antecipadas da vontade, cuja problemática é complexa. Pretendemos apenas referir a importância deste procedimento como algo que poderia ser um importante elemento de apoio à decisão em cuidados intensivos. Estamos conscientes que a autonomia outorgada ao paciente neste processo de elaboração de directivas antecipadas da vontade, entraria em confronto com outras autonomias mas, que aplicadas casuisticamente, poderiam ser medidas de resolução em algumas situações agudas e que não estivessem directamente relacionadas com o final da vida.

A abordagem deste tema num trabalho desta natureza prende-se com duas razões: a primeira deve-se ao facto de considerarmos que a elaboração de um

documento desta natureza poderá ter alguma utilidade, quando elaborado em conjunto com o médico, não só pelo ganho de autonomia por parte do doente, mas pela utilidade que poderá ter no processo decisional em cuidados intensivos. A segunda razão prende-se com o facto de, sendo este um trabalho no domínio dos valores, a elaboração de um documento desta natureza em conjunto com o médico permitir que este obtenha um conhecimento acerca dos valores e preferências dos seu doente. Há um ganho no que toca ao “historial dos valores” (extended values history)<sup>50</sup>, na medida em que frequentemente é pedido ao autor que fundamente as razões das suas escolhas. Estas têm que ver, muitas vezes, com aquilo que pensa do valor da vida, expectativas da vida etc., razões que fundamentem as suas escolhas.

#### 3.4.3 Consentimento Informado como Elemento Valorativo de Apoio à Tomada de Decisão

Um outro elemento importante no apoio à decisão e que, neste horizonte, coloca o paciente em primeiro plano, é a prática do consentimento informado. O consentimento informado introduz uma dinâmica no conceito de relação enquanto valor. “O consentimento informado dentro de uma perspectiva ética de relação médico-doente pressupõe este espaço de liberdade e de aceitação do outro, que lhe permitirá negar a nossa evidência, sem que isso nos separe e quebre a nossa ajuda”.<sup>51</sup>

O consentimento informado aparece como factor de autonomia, de humanização e como elemento central na tomada de posição. O consentimento informado não se obtém vai-se obtendo neste contexto de relação.

Neste sentido o consentimento informado, enquanto processo relacional, aparece como um factor central, na medida em que materializa o processo decisional

---

<sup>50</sup> In <http://www.euthanasia.org/vh.html>

<sup>51</sup> Actas do I seminário promovido pelo CNECV (30 a 31 de Março de 1992), AAVV, *O Consentimento Informado*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros, INCM, 1992, p. 42.

No caso concreto dos cuidados intensivos, a maioria das vezes torna-se difícil a obtenção do consentimento informado, porque na generalidade, os doentes se encontram sedados ou em coma. No entanto, sempre que possível, este é um procedimento que cada vez mais se põe em prática nos serviços de medicina intensiva.

### 3.5 A Decisão Baseada na Evidência e a Decisão Baseada nos Valores

A estrutura da decisão, pelo menos, aquela que mais directamente se relaciona com a decisão médica, apresenta-se-nos com duas componentes importantes. Uma componente de carácter científico, outra de carácter ético. Vamos agora perceber como é que estas duas componentes da decisão se articulam entre si. Sob o ponto de vista prático, este tema será abordado mais à frente neste trabalho, quando colocada a questão aos médicos decisores em cuidados intensivos.

Diego Gracia, ao analisar a teoria da decisão racional, considera que há um “defeito secular, tanto no ensino da medicina como da ética, na utilização de métodos excessivamente teóricos, que ofereciam soluções abstractas dos problemas”<sup>52</sup>; é por isso que o autor fala de uma lógica de decisão racional, como forma de objectivar o processo de decisão, como forma de utilização da racionalidade na tomada de decisão. Esta é uma proposta consequencialista na medida em que, como sublinha o autor de *Fundamentos de Bioética*, valoriza as decisões que maximizam as suas consequências, estabelecendo-se uma relação horizontal entre efeitos e consequências. Para avaliar as consequências

---

<sup>52</sup> Gracia, D., *Fundamentos...* P. 441

de uma acção é preciso recorrer aos métodos estatísticos e poder escolher a melhor opção.

### 3.5.1 Objectividade e Subjectividade na Decisão

Kant introduziu uma nova dinâmica no pensamento científico moderno. A *Crítica da Razão Pura*, ao propor analisar as condições de possibilidade do conhecimento científico, põe em causa uma visão dogmática da ciência e inaugura uma nova etapa epistemológica. O método crítico de Kant caracteriza-se por ser disciplinado, canónico, arquitectónico e histórico. Este é um método que apela à construção de um saber sistemático de acordo com as ideias reguladoras da razão. Para Kant, esta sistematicidade é obra da razão e não da experiência. Os conceitos para Kant são referidos ao entendimento e as ideias à razão. A função do método kantiano é regular os conceitos e as ideias que constituem a arquitectura do nosso conhecimento. A ciência passa agora a ser vista como um sistema, como uma construção sistemática e metódica. Estamos perante a construção de um enorme edifício intelectual, que tem como base de sustentação, categorias que apontam para a sistematização, ou seja, para a objectividade. A ciência apela à objectividade, à sistematicidade, ao metódico, são também estes os conceitos que em condições normais se articulam com a noção de decisão. Digo em condições normais, porque no horizonte de conjugação da decisão, sobretudo a decisão médica, não estão só presentes factores de ordem científica que conferem à decisão um carácter evidente, ou seja, baseado em factos. Neste tipo de decisão estão presentes elementos de carácter ético e valorativo que lhe conferem uma particularidade. Talvez este aspecto que acabámos de referir seja um dos aspectos fundacionais da bioética.

A ética articula-se num eixo temático diferente da ciência. As próprias proposições utilizadas pela ética são diferentes das proposições utilizadas pela ciência.

Estas diferenças na utilização das proposições e de linguagem materializam diferentes metas; a ciência pretende atingir metas de carácter teórico e descritivas, enquanto que a moral pretende atingir metas de carácter prático e valorativas.

Sobre este assunto Hessen fez uma distinção clara e pertinente sobre a constituição do pensamento valorador e do pensamento científico. O juízo de valor faz parte da vivência do valor. A atribuição de valor a um objecto, que Hessen chama de valoração, situa-se entre a vivência do valor e o juízo de valor; este é já a expressão duma valoração. “O processo psicológico da valoração chega ao seu termo mediante o juízo”. Sobre este pode, por sua vez, levantar-se um juízo de existência ou de realidade. É o que acontece quando uma coisa é julgada real por causa do valor íntimo que contém. Porque essa coisa é valiosa (é este o juízo), é por isso que ela é; por ser valor, possui também ser”.<sup>53</sup>



Esquema 3: Pensamento Valorador

O pensamento valorador dá-nos juízos de realidade fundados em juízos de valor. Este pensamento move-se e articula-se com juízos de realidade e de existência, os seus juízos referem-se a um ser. No entanto, se o pensamento valorador não se exprime em juízos de valor é pelo menos condicionado por eles. “O domínio deste pensamento valorador é o das nossas concepções-da-vida, da *Weltanschauung*. Pode ser definido, se lhe chamarmos precisamente o pensamento intuitivo que está na base da nossa concepção-de-vida (...) todas as filosofias das concepções-do-mundo e da vida descansam, portanto, sobre um pensamento valorador; só esta forma de pensamento, fundamentalmente orientada por uma crença toda aberta à compreensão dos problemas

<sup>53</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 133

de sentido e de valor da vida, é capaz de nos dar uma resposta às mais cruciantes interrogações que a nossa existência nos dirige”.<sup>54</sup>

O pensamento científico possui uma estrutura lógica diferente, na medida em que parte dos dados, para chegar a juízos acerca dos dados. O que caracteriza este tipo de pensamento é a força dos factos e a sua objectividade. Estes dois tipos de pensamento fundamentam duas formas de decisão decisórias em cuidados intensivos: o pensamento científico e o pensamento valorador que, como se verá no levantamento empírico, mais à frente neste trabalho, desempenham um papel de grande importância na decisão em CI, dividindo a opinião dos médicos em relação à sua importância.

### 3.5.2 A Doença e o Doente na Decisão

A questão em torno do pensamento científico e do pensamento valorador pode ainda ser reforçada no discurso acerca da tomada de decisão em ambiente de cuidados intensivos através da finalidade das suas acções. Se tivéssemos de fazer uma correspondência entre o pensamento científico e o pensamento valorador, por um lado e a doença e o doente, por outro, facilmente conjugariamos o pensamento científico com a doença e o pensamento valorador com o doente.

A tomada de consciência da separação destas duas realidades é recente sendo também um tema importante e que nos lança para a reflexão acerca dos aspectos científicos e valoradores que estão presente no momento da tomada de posição. Doença e doente são duas partes duma mesma realidade. No entanto, estas duas realidades podem assumir significativas diferenças quando problematizadas conjuntamente com a noção de decisão.

---

<sup>54</sup> Hessen, J., *Filosofia dos Valores*, p. 135-137

Haverá um momento na acção médica de maior intervenção na doença e outro momento de maior intervenção no doente? Quando se perde a capacidade de actuação na doença, ganha força a capacidade de actuação no doente? Será que o profissional de saúde, orienta a sua acção, de forma a não descurar nenhum destes aspectos? Estas são algumas perguntas decisivas acerca deste assunto.

O aspecto que aqui pretendemos realçar prende-se com a articulação entre doença e doente com aspectos que se prendem com a objectividade e na subjectividade na decisão.

O pensamento científico, aquele que se baseia em factos e objectividade, mais facilmente se associa a aspectos ligados à doença. Há toda uma cientificidade ligada aos aspectos de prognóstico, terapêutica etc. A ciência evolui mais em função da doença, que em última análise se reflecte no doente. A medicina predictiva articula-se em função da doença. Já a medicina paliativa orienta grande parte da sua acção para o doente. O Prof. Laureano Santos, manifestando a sua opinião em relação à deficiente organização dos cuidados de saúde relativamente às doenças do fim de vida, afirma que “os sistemas de saúde estão mais adaptados aos cuidados da medicina curativa e de reabilitação do que aos cuidados da medicina paliativa (...) os objectivos desta estão apontados para os sofrimentos físicos e minimizam o enquadramento psicológico, social, cultural e espiritual”.<sup>55</sup>

Há uma presença evidente dos aspectos científicos na decisão e a medicina baseada na evidência bem o sabe; no entanto, há também uma presença dos valores na decisão, Quer dos valores associados ao decisor, quer dos associados ao doente.

---

<sup>55</sup> Santos A. Laureano, *Questões Éticas no Fim da Vida Humana*, in Neves, Maria do Céu, *Comissões de Ética*, Gráfica de Coimbra, 2ª ed., Coimbra, 2002, p51

O pensamento valorador de que Hessen nos fala coaduna-se mais com uma assistência ao doente. O pensamento científico será mais interventor nos aspectos relacionados com a doença.

### 3.5.3 Programa de Ética Organizacional em Cuidados Intensivos Baseado nos Valores

A temática da ética, está hoje a tomar proporções cada vez mais abrangentes. Está presente, cada vez mais, em diversos sectores da sociedade, sendo por isso transversal a muitos outros assuntos. Adela Cortina considera que a temática acerca da ética das empresas e das organizações assume um papel central nos temas do nosso tempo. “já não podemos esperar que a origem da salvação dos homens seja a sociedade, como queria a tradição de Rousseau, nem tão pouco o Estado como pretendia o «socialismo real», nem a conversão do coração de que falava uma certa tradição kantiana, mas sim uma transformação das organizações”.<sup>56</sup> Esta citação provém de uma obra onde a autora explora, a partir das diferentes tradições, a importância que a ética pode ter nas organizações e a integração destas na sociedade partilhando os mesmos valores que os da sociedade civil. Esta autora vê a empresa ou organização como um motor de renovação social. As organizações existem porque têm como objectivo satisfazer necessidades humanas e os projectos organizativos têm na base o recurso humano. Como dissemos anteriormente os valores éticos são aqueles que só se aplicam às pessoas; é neste contexto que tentaremos aplicar os valores como modo de fundamentação de uma ética organizacional nos serviços de medicina intensiva.

---

<sup>56</sup> Cortina, Adela, *Ética de la Empresa*, Editorial Trotta, 5º ed., Madrid 2000, p. 32

Num artigo intitulado *Role of Organization Ethics in Critical Care Medicine*<sup>57</sup> publicado na Revista *Critical Care Medicine*, Donna T. Chen et al, apresentam uma visão dos serviços de saúde como um “*sistema adaptativo complexo*”, onde se enquadram os serviços de medicina intensiva. O profissional de saúde enfrenta diariamente dilemas na sua prática diária que se enquadram numa estrutura organizacional, onde, para além dos intervenientes habituais, se encontram agora os administradores quer da unidade, quer do hospital. A organização é o suporte dos valores de todos os intervenientes.

A designação de *sistema adaptativo complexo*, deve-se ao facto de estarem no centro da sua acção pessoas, seres humanos, todos eles com valores diferentes, com a particularidade de não haver uma previsão de comportamentos entre eles. Este *sistema adaptativo complexo* enquadra-se num ambiente de uma multiplicidade de agentes que interagem uns com os outros mediante situações de *penumbra* em que habitualmente não há consenso. O conceito de sistema tem conotações mecânicas; mas que seja adaptativo já aponta para alguma maleabilidade ou flexibilidade. O autor apresenta-nos este *sistema adaptativo complexo* como algo que envolve rigidez de regras em alguns processos, mas ao mesmo tempo como algo que deve envolver alguma flexibilidade quer por parte dos seus agentes, quer por parte de algumas regras. Em determinadas situações, muitas regras complicam; noutras situações, demasiada flexibilidade também não ajuda.

Os serviços de medicina intensiva, como subunidades de uma organização de saúde, são um *sistema adaptativo complexo*, na medida em que dele fazem parte, uma multiplicidade de profissionais que diariamente trabalham sob condições de grande

---

<sup>57</sup> Donna T. Chen et al., “Role of Organization Ethics in Critical Care Medicine”, in *Critical Care Medicine (supplement)*, February 2007, Vol 35 (supplement), n<sup>o</sup> 2, pág 11-17. Este artigo começa com a exposição de um caso clínico, como forma de ilustrar e integrar estes dilemas dentro duma organização ética.

incerteza, em face de preferências e valores que são impostos de fora e automaticamente confrontados com os seus próprios valores. Há situações em que os valores e objectivos dos agentes envolvidos estão em consonância quer com os valores dos profissionais quer com as linhas estratégicas e com a missão da organização. No entanto, há situações em que abundam as divergências dos agentes envolvidos.

Dentro dos sistemas organizacionais, e nomeadamente num *sistema adaptativo complexo*, existem dois conceitos fundamentais que se articulam, regra *versus* flexibilidade, sendo necessário um eficaz manuseamento de ambos. A implementação de demasiadas regras rígidas não facilita as interacções com os agentes envolvidos. Pelo contrário, a flexibilidade dá aos agentes alguma margem de manobra nas suas actuações. Os serviços de medicina intensiva são um exemplo de subunidade que requer alguma flexibilidade devido à existência de uma confluência de crenças e valores de vários agentes envolvidos que interagem, materializando-se estas em manobras e tomadas de posição. Dando continuidade ao que se tem vindo a expor neste trabalho, propõe-se a criação de um Sistema de Ética Organizacional como forma de minimizar ou reduzir a possibilidade de conflito de valores.

A *Joint Commission of Accreditation for Healthcare Organizations*<sup>58</sup>, no seu mandato de 1995, efixou as linhas estratégicas da sua acção no sentido de coadunar as práticas organizacionais para com o paciente de forma honesta, decente e adequada.

Uma outra definição de organização ética é-nos oferecida por Spencer, Mills and Rorty, na obra *Organization Ethics in Health Care*<sup>59</sup>, consistindo num conjunto de processos para tratar questões éticas relacionadas com o mundo empresarial, financeiro e de

---

<sup>58</sup> Patient Rights and Organizational Ethics: Standards for Organizational Ethics, In: *Comprehensive Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL, Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 1996 p. 95-97.

<sup>59</sup> Spencer E, Mills A, Rorty M, et al: *Organizational Ethics in Health Care*, New York, Oxford, University Press, 2000, p. 212-215.

gestão na área dos cuidados de saúde, bem como a relação existente entre questões profissionais, educacionais e contratuais com a organização de serviços de saúde.

Esta organização ética permite e visa a criação de um clima e cultura éticos compartilhado com um *sistema adaptativo complexo*, articulando a rigidez da regra com a flexibilidade. Algumas actividades nas organizações de cuidados de saúde necessitam de regras rígidas tais como actividades de carácter administrativo; mas outras actividades, como a prática de cuidados críticos nos serviços de medicina intensiva, não deviam ser orientados por um excesso de regras. Há determinadas actividades que precisam de alguma flexibilidade para atingirem os seus objectivos, sobretudo em circunstâncias onde existe pouco consenso acerca das metas desejadas. Estas actividades fazem parte do *sistema adaptativo complexo*.

Para ser eficaz o Programa de Ética Organizacional deve partir da organização como um todo. A elaboração da missão, da visão estratégica e dos objectivos estratégicos da organização deve ter na sua base um conjunto de actividades e esforços com o objectivo de criar uma cultura ética organizacional e um clima ético positivo. Estes objectivos estratégicos devem depois ramificar-se nas mais diversas subunidades da organização de cuidados de saúde.

A criação de um clima ético positivo caracteriza-se por: gerar uma envolvimento em toda a organização na criação de um programa de ética organizacional baseado nos valores a partir da sua missão e visão estratégica, por forma a envolver todos os profissionais quer na melhoria das práticas de cuidados de saúde atinentes ao respeito pela dignidade humana, quer na melhoria e alargamento, dentro da organização, da discussão de questões éticas importantes. São os valores que sustentam e fomentam a criação de uma clima e cultura éticas dentro das organizações.

Quando falamos em clima ético, queremos referir-nos a um conjunto de valores, crenças, práticas e forma de pensamento e actuação que envolva toda a organização nas boas práticas. Todas as organizações deveriam caminhar neste sentido; serem co-responsáveis na criação de valores. As instituições de cuidados de saúde têm, na minha opinião, uma responsabilidade acrescida, na medida em que lidam com a vida e dignidade humanas.

Só é possível a criação de um clima ético positivo, se se envolver toda a organização, directores, administradores, médicos, enfermeiros, técnicos etc. A implementação deste programa nas subunidades da organização de cuidados de saúde será mais eficaz se a instituição como um todo já aderiu a este programa.

O que sustenta o clima ético positivo e mantém um cultura forte na organização são os valores, bons costumes, crenças, boas práticas e as formas de pensar que estão subjacentes à estrutura da organização. Uma organização com um clima e cultura ético positivos reduz a possibilidade de existência de conflitos irresolúveis, que leva a resultados inapropriados.

O Programa de Ética Organizacional será útil naquelas situações em que uma subunidade se está a afastar dos resultados e objectivos definidos, na medida em que neste programa estão definidos as linhas estratégicas, baseadas em valores éticos propostos como missão e visão estratégica da organização de cuidados de saúde de forma a criar um clima ético positivo.

Um dos factores que poderia fomentar a criação de um clima ético dentro das instituições seria a criação de meios de comunicação dentro da organização como *newsletters*, onde fossem divulgada informação acerca dos valores da organização. Este meio de comunicação poderia também servir como meio de veicular e discutir tomadas-de-posição, etc.

O Programa de Ética Organizacional deve encorajar os cuidadores de saúde, os responsáveis orçamentais, etc a manter um clima ético positivo de forma a não fomentarem os conflitos de valores. Cada organização de saúde tem as suas características e os Programas de Ética Organizacional devem ser dirigidos e implementados em função das características de cada organização de saúde; no entanto, o delineamento da missão e da visão estratégica que visa a criação de um clima ético positivo, deve ser comum em todos os Programas de Ética Organizacional.

A elaboração do PEO deve ter em conta questões éticas relacionadas com a prática clínica diária; questões de ética profissional, ligadas à actuação dos recursos humanos; questões de ética financeira e empresarial, ligadas aos administradores e à distribuição dos recursos. O princípio estruturante da elaboração deste programa deve ser a direcção ajustada dos valores nele implícitos e explícitos de forma a não entrarem em conflito e desta forma afectarem os intervenientes. Existem situações de conflitos de valores previsíveis, que se podem colocar logo na elaboração do PEO. Nomeadamente ao nível da resistência, por parte da administração na implementação do PEO. Poderão resultar potenciais conflitos entre a proposta de PEO e a missão, visão e objectivos estratégicos da instituição; entre a missão da organização e os valores individuais dos profissionais, por referir apenas alguns. Estes são alguns, duma imensidão de potenciais conflitos que daqui poderiam resultar. No entanto, e como dissemos mais atrás, a facilidade de implementação deste PEO, seria tanto maior quanto maior cooperação e sintonia houvesse entre a equipa de trabalho de implementação do PEO e administração da organização de saúde, uma vez que a implementação deste PEO deveria já constar na missão, visão e objectivos estratégicos da instituição.

Até aqui falámos na implementação dum programa de ética organizacional na instituição como um todo, porque, por uma lado, este programa abrangeria toda a

instituição e, por outro, credibilizaria o próprio programa, uma vez que a sua elaboração partiria das linhas estratégicas da organização.

A sua aplicação a outras subunidades, seria uma consequência do passo anterior e aplicado em função das especificidades de cada subunidade. Os serviços de medicina intensiva são, por natureza, um local onde abundam as questões onde se pede uma cuidadosa reflexão de carácter ético. A inoperância da decisão em cuidados intensivos, muitas vezes, advém do facto dos seus intervenientes terem valores diferentes e daí quererem dar um sentido diferentes às suas escolhas. Se a instituição como um todo, colaborar na criação de clima de qualidade ética, poderá ajudar a minimizar problemas que interferem com a vida dos doentes e com sofrimento dos seus familiares.

Este programa seria objecto de avaliação, com critérios pré-estabelecidos, a fim de garantir a implementação do programa e teria um carácter indicativo, sendo credibilizado a partir da missão, visão e objectivos estratégicos da instituição como um todo. Este programa abriria a possibilidade de introdução nas organizações de saúde de um clima de qualidade ética que promovesse o respeito pelos valores éticos e, em última análise, a dignidade humana.



Esquema 4: Ética Organizacional

## PARTE IV

### INTRODUÇÃO

Tentaremos fazer uma apresentação sintética da análise de conteúdo resultante de 7 entrevistas feitas a médicos, (2 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, 3 Directores de Serviços e 4 Assistentes Graduados) de UCI gerais de hospitais da área metropolitana de Lisboa, com idades compreendidas entre os 41 e 57 anos, todos eles com mais de 6 anos de serviço em medicina intensiva. As entrevistas foram feitas de forma semi-directiva.

Dada a subjectividade que está associada à temática do valor, e não querendo problematizar em demasia o conceito, tentámos na enunciação das perguntas objectivar o mais possível o tema, recorrendo, sempre que necessário, a exemplos da prática clínica diária.

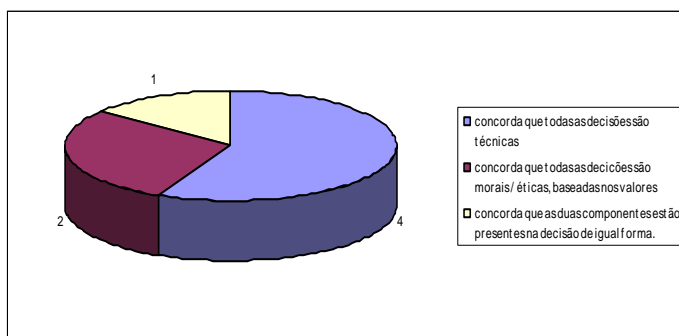
Como já foi exposto atrás neste trabalho ao referir a forma de compreensão e classificação dos valores, distinguindo entre sensíveis e espirituais, também aqui classificaremos e enquadraremos a ideia de conhecimento e de experiência como sendo um valor de carácter técnico-sensível.

Os médicos que participaram nas entrevistas foram indicados pelos respectivos Directores de Serviço das unidades de cuidados intensivos correspondentes. As entrevistas foram áudio-gravadas, e todos os participantes manifestaram por escrito o seu consentimento.

Através da entrevista pretendemos articular uma consideração teórica dos valores com a sua aplicabilidade na decisão em medicina intensiva. Na primeira parte da entrevista abordámos questões relacionadas com os valores e a decisão. Na segunda parte, foram abordadas questões relativas ao doente e aos valores. Na terceira parte,

abordámos questões relativas à família e aos valores. Na quarta parte, as questões consideradas prendem-se com a relação entre o serviço e os valores e, por último, abordámos questões de possível conflitualidade de valores na tomada de posição.

Quando perguntámos aos entrevistados se concordavam ou não que nas decisões que habitualmente tomam nas UCI têm duas vertentes, uma vertente técnica e uma vertente baseada nos valores éticos e morais, as respostas dividiram-se da seguinte forma:



Dos 4 participantes que afirmaram que todas as decisões são técnicas, a **experiência**, tanto a ligada ao tempo de exercício da profissão como a ligada ao exercício noutras unidades de cuidados intensivos de outros serviços, e a experiência adquirida ao longo da prática profissional foi a unidade referenciada como tendo mais peso na decisão clínica. De seguida salientaram a importância da **discussão clínica** dos casos, não havendo lugar a decisão sem esta ter acontecido. Destacando a importância da **técnica** na tomada de decisão, um participante salientou mesmo “a nós é-nos mais fácil tomar decisões do ponto de vista técnico b2”. A importância da fundamentação na medida em que a “a decisão técnica é baseada no melhor conhecimento que existe sobre um determinado assunto ... mas tem que ser fundamentada e bem fundamentada no rigor diagnóstico e no rigor prognóstico, e o rigor prognóstico do saber antecipado baseia-se principalmente no nosso conhecimento da história natural da doença (...d1”. O mesmo participante salientou ainda a importância de possuir uma (razoável) **certeza** acerca dos dados, da **objectividade**, na medida em que a decisão tem de ser tão pouco subjectiva quanto possível, apesar de concordar que há muitas coisas em medicina que não são objectivas. A importância da **evidência**, dos **factos** e a **matematização** dos dados

médicos foram aspectos focados por outros médico como elementos técnicos de suporte à decisão em CI. O mesmo médico salientou a importância que a força dos dados, bem como dos estudos publicados, exerce na tomada da decisão quotidiana em CI.

Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Experiência	3
Discussão Clínica	2
Técnica	2
Fundamentação	1
Certeza	1
Objectividade	1
Evidência	1
Tempo	1
Factos	1
Matematização	1
Força dos dados	1
Estudos publicados	1

Os 2 médicos que afirmaram que todas as decisões são baseadas em valores éticos e morais, fundamentaram as suas posições do seguinte modo: o princípio de **beneficência** foi o mais apontado na medida em que “na decisão o único que tem de ser beneficiado é o doente a8”, e a “decisão tem de ser orientada pelo propósito de bem fazer. C2”. De seguida o **bom senso** que quotidianamente se deve colocar nas decisões foi o factor mais invocado. A importância da **família**, o resgate de referências do doente enquanto **pessoa** e as manifestações de vontades vêm a seguir.

Com a distinção entre estas duas estruturas na decisão pretendemos também acentuar o inevitável paralelismo entre doença e doente, e a importância que os **valores da ética e da bioética** devem ter na decisão. O mesmo médico que invocou a **ética como suporte do acto médico**, declarou que em medicina **não há decisões amorais**; em todas as decisões estão sempre presentes conteúdos de carácter ético. Um outro participante no estudo, distinguindo ética como uma questão que diz respeito ao

indivíduo e a moral como uma relação do indivíduo com a sociedade, salientou o facto de hoje se verificar uma **sobreposição da moral à ética**, “ (...) porque muitas vezes o médico não está preparado, nem ele próprio, perante a sua prática diária, tem o hábito de contar com a opinião das pessoas ou familiares para determinada coisa d6” **a decisão ética é sempre mais difícil** e trabalhosa, porque para além de implicar outro tipo de conteúdos que nos são postos a decidir implica também movimentar os restantes profissionais e da família, considera também este médico.

Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Beneficência	2
Bom senso	2
Ponderação	1
Família	1
Pessoa	1
Valores éticos e da bioética	1
Ética como suporte do acto médico	1
Não há decisões amorais.	1
Sobreposição da moral à ética	1
Decisão ética é mais difícil	1

Um participante neste estudo concorda com a existência destas duas componentes e considera que elas estão presentes de igual forma na decisão.

Quando questionados acerca da alteração dos valores ao longo dos tempos e consequente alteração na forma de decidir, dos 7 médicos 6 concordaram que há uma alteração de valores ao longo dos tempos e que esta alteração teve influência na forma de decidir. As respostas configuraram-se da seguinte forma: é evidente uma maior autonomia sobre o paternalismo, revelou-se demasiado evidente. Dos 6 médicos que concordaram haver uma alteração dos valores ao longo dos tempos com consequências na forma de decidir acharam que “a ética médica passou muito de uma atitude paternalista para uma atitude de autonomia a11”; sendo certo que hoje se dá cada vez mais atenção à **perspectiva do doente**; desta alteração decorreram muitas

outras alterações que levaram a **sociedade a mudar em relação à medicina**. A grande maioria das respostas dadas a esta problemática pelos participantes parte daqui, verificando-se em todos eles um percurso de resposta do geral para o particular, sendo que o geral se configurava na alteração verificada entre a perda de paternalismo para o ganho de autonomia. Devemos também destacar uma intervenção que salienta o facto de o doente ao ganhar **autonomia, ganha também ansiedade**, na medida em que o acesso autónomo a informação provoca perguntas às quais não sabe responder. O saber que não se sabe gera inquietação, neste caso negativamente. Há, no entanto, um médico que é da opinião que o paternalismo tem cada vez mais tendência a manter-se, porque as pessoas insistem em não ser autónomas, inclusivamente o médico quando está no lugar do doente prefere transferir a decisão para o colega.

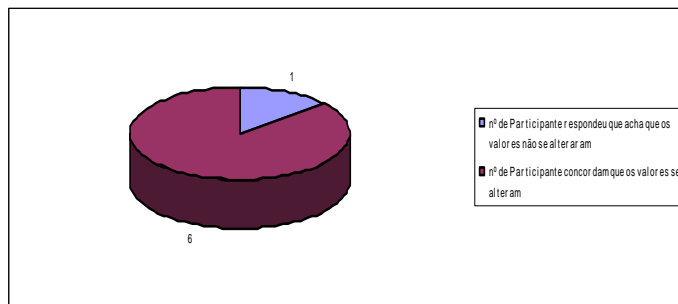
Outro binómio que se revelou interessante foi o binómio **liberdade / responsabilidade**, na medida em que hoje, é um facto que se dá mais liberdade ao doente; no entanto, esta deve ir igualmente acompanhada de responsabilidade. O médico perde poder, o doente ganha autonomia e simultaneamente responsabilidade em todo o processo, colocando-se automaticamente na rede como decisor, ainda que indirectamente. **O doente já não é um mero observador**, mas alguém com responsabilidade no seu processo de cura.

A vertente **informação e comunicação** com o doente foi outro dos aspectos mais focado, na medida em que se comunica e informa mais o doente dos acontecimentos. O próprio **consentimento informado** é uma prática cada vez mais corrente, apesar de nas UCI ser obstáculo o facto dos doentes se encontrarem com frequência em situação de não poder ser informados. Antigamente poupava-se mais o doente à verdade, coisa que hoje não acontece, verificando-se uma maior **frontalidade na comunicação da verdade** e mais facilmente hoje o médico dizer que não sabe, se

for essa a situação; antes o médico era entendido como *dono e senhor* da verdade. Outros valores que se alteraram com consequências no panorama da decisão referem-se à perspectiva e à noção de **qualidade de vida** que está hoje sobrevalorizada, bem como à noção de **pessoa** enquanto ser vivo com capacidade de interação social, de comunicar, de exprimir e ter ideias próprias; ao contrário assiste-se hoje a uma **tendência para subvalorização do valor vida**; hoje tem-se uma valoração diferente da situação de **estar vivo**. Também o valor **vida da criança** tem hoje mais importância. Os **valores e princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça)**, para além de terem despertado a consciência ética dos profissionais de saúde, estão cada vez mais presentes na suas práticas. A própria noção daquilo que se considera **beneficência** sofreu alterações, “o bem para mim, pode não ser aquilo que o doente pense igualmente e14”.

Os valores que acabámos de descrever enquadram-se numa abordagem de carácter ético, aquilo que Max Scheler chamaria valores espirituais e, dentro dos espirituais, valores éticos. Vamos agora apresentar valores e conteúdos mais próximos de uma abordagem técnica, que se alteraram, modificando de alguma forma a decisão em CI: a actuação do médico mudou significativamente, “nós já passámos a fase em que pensávamos sempre que um médico actuava estava a fazer bem c8”. Mudou também a própria organização dos serviços na medida em que o trabalho por objectivos passou a ter uma importância significativa, reflectindo-se nos rankings anuais do próprio serviço. A própria noção de **causalidade**, no sentido de estar mais despertos para os motivos da doença, ganhou hoje maior importância. O **prolongamento da vida** em CI através da tecnologia ganhou hoje outra dimensão, considerando consigo a noção de **obstinação terapêutica, futilidade terapêutica**, pois, como salientou um dos entrevistados “o conceito de futilidade terapêutica foi introduzido na MI para pôr a qualidade de vida

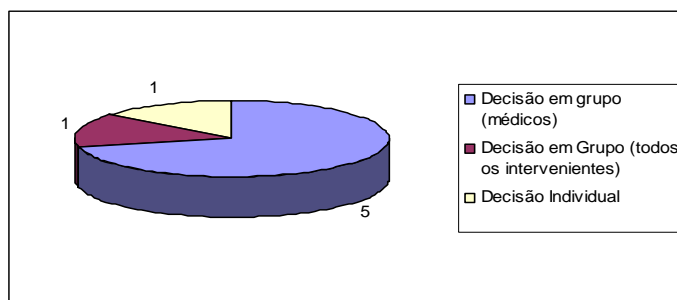
acima de vida. A16”. Hoje há uma maior **intolerância à dor** e aceita-se melhor a prática de **tirar a dor e o sofrimento através de fármacos**. Um dos aspectos sublinhado por um dos participantes foi a importância da humanização nos serviços ligada à **segurança** do doente, à importância de **ver a luz do dia**, sobretudo naqueles doentes que já estão internados há muito tempo, à **mobilização**; este mesmo médico salientou ainda o facto de antigamente os familiares invocarem a utilização dos pacientes como objecto de **experiências** e ensaios, coisa que hoje desapareceu. Este médico terminou salientando a importância cada vez maior dada à **força dos dados** publicados em estudos e à medicina baseada na evidência.



Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Autonomia versus paternalismo	6
Liberdade / Responsabilidade	4
Informação / Comunicação	3
Autonomia versus ansiedade	2
Consentimento Informado	2
Qualidade de vida	2
Valor Pessoa	2
valor vida da criança	2
Sociedade mudou em relação à medicina	1
Doente já não é um mero observador	1
Valor vida está subvalorizado	1
Paternalismo mantém-se	1
Valores / princípios da bioética	1
Justiça	1
Beneficência / Não maleficência	1
Noção de BEM	1

Subvalorização do Individuo pela sociedade	1
Perspectiva do doente	1
Frontalidade	1
Dizer que não se sabe	1
Família / ansiedade	1
Tirar a Dor / sofrimento por fármacos	1
Actuação do médico	1
Prolongamento da vida	1
Futilidade terapêutica	1
Obstinação terapêutica	1
Causalidade	1
Organização do serviço / Trabalho por objectivos	1
Estar vivo	1
Ver a luz do dia	1
Mobilização	1
Segurança	1
Força dos Dados / Evidência / Estudos	1
Experiências / Ensaios	1

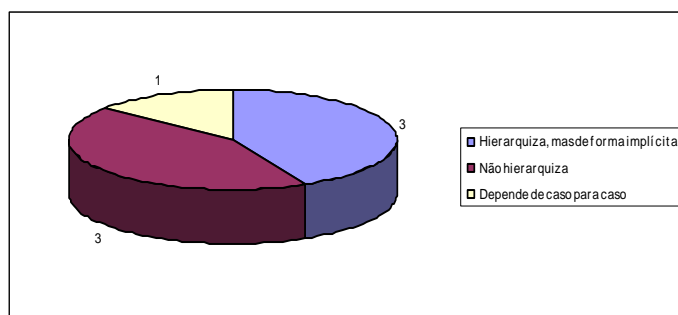
Quanto aos grupos intervenientes e respectivo peso na decisão, as respostas esquematizaram-se da seguinte forma: 5 médicos responderam que existe partilha da decisão, mas só no grupo dos médicos, não sendo a decisão partilhada com outros profissionais de saúde ou com outros possíveis intervenientes. 1 médico respondeu que a decisão é sempre em grupo, incluindo no grupo médicos, doente, enfermeiros e família. Em primeiro lugar atribui mais peso aos médicos, em segundo ao doente, em terceiro aos enfermeiros e por último a família. 1 participante respondeu que a decisão é sempre tomada individualmente, não sendo partilhada, nem pelos colegas nem por outros possíveis intervenientes.



Numa tentativa de compreender que tipo de hierarquia dos valores opera na decisão, perguntámos aos médicos se fazem algum tipo de hierarquia de valores na tomada de posição, as respostas obtidas foram as seguintes. As respostas obtidas salientamos o facto de não haver, de uma forma geral, nenhum tipo de reflexão prévio que leve a estruturar a decisão, até porque a maioria das decisões que se colocam em CI são de rápida execução, não havendo lugar ao estabelecimento de uma hierarquia que, por um lado estrutura a decisão mas por outro, consome tempo, que pode ser significativo na tomada de posição. Um outro aspecto importante que merece ser salientado refere-se ao facto de alguns participantes terem referido que, em primeiro lugar, está em causa uma decisão de carácter técnico e só esgotadas estas possibilidades é que se coloca a decisão ética e baseada nos valores. Um participante referiu que é costume no seu serviço adoptar uma metodologia de **decisão faseada**: “Há duas decisões fundamentais em que o factor ético deve interferir: o doente que entra (em UCI), é um doente ou não que se deve investir, isto é, logo uma decisão que à partida se nos coloca, vou ou não ventilar? vou ou não fazer determinado tipo de terapêuticas de início? E eu posso achar que este tipo de doente não tem indicações para CI e isto ser já uma decisão; aqui trata-se de uma decisão com um pendor clínico e técnico importante, mas também tem um pendor ético. Tem que pesar na minha decisão o facto de haver determinadas patologias que poderão ser resolvidas de determinada maneira, ou pelo menos tratadas, ainda que não curadas e23”. A **decisão criteriosa** foi referida por outro médico querendo de alguma forma incutir algum tipo de hierarquização “Mas face a todo o contexto em que o doente se encontra, há toda uma envolvência de questões que têm a ver com questões éticas: idade do doente, o estado em que ele se encontra, se está completamente acamado, demente, se está num lar sem vida de relação com ninguém, as comorbilidades que o doente tem, se já teve muitos internamentos, se faz oxigénio.

Se não consegue dar um passo sem fazer oxigénio. Tudo isto tem de ter peso numa tomada de decisão. Mas aqui o que tomaremos em conta são aspectos técnicos. e24”. Outro participante respondeu que nas suas intervenções e actuações a decisão técnica vem em primeiro lugar e só depois dá atenção à família. Outro participante na sua hierarquização de valores coloca o direito à vida em primeiro lugar, em segundo o direito à saúde, em terceiro lugar a liberdade, em quarto a autonomia e, por último, não ter dores. Um dos médicos respondeu que na sua hierarquização de valores é costume ter em conta o **relativismo cultural**, estruturando a sua hierarquia em função do multiculturalismo que hoje se nos apresenta, a propósito deste assunto outro médico, salientando que os valores que hierarquiza não são os dele mas sim os **valores do doente**, sublinhou uma **relatividade na hierarquia**, “a hierarquia de valores é diferente de doente para doente c16”; no entanto, colocou sempre a vertente ética e baseada nos valores no topo da sua hierarquização. Por fim, um dos médicos referiu que os valores morais e a decisão ética ganham mais força quando a capacidade de sucesso do médico cai. Os valores morais tornam-se mais evidentes no final da decisão.

O médico que hierarquiza dependendo de situação para situação, exemplificou a sua tese com procedimentos que não são rotineiros: nestes casos há uma maior reflexão e estruturação da decisão, o que implica hierarquizar os valores que estão em causa nessas situações, “coisas às vezes com embaixadas, estrangeiros, coisas que tenho mesmo de perceber, aí sim (hierarquizo)f9”

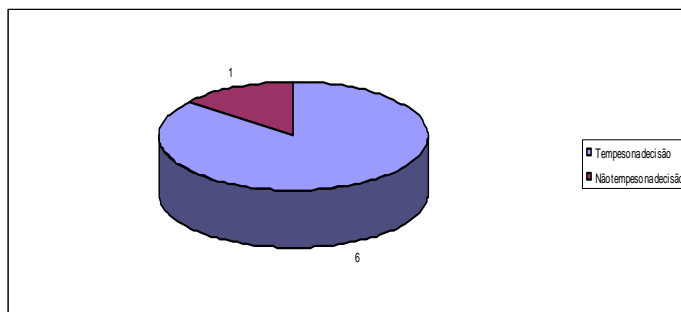


Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Hierarquização implícita	3
Decisão por objectivos	1
Decisão faseada	1
Decisão Críteriosa	1
1.valores técnicos 2. Valor família	2
Decisão clínica e técnica	1
1. Direito à vida 2. Direito à saúde 3. Liberdade 3. autonomia 4. Não ter dores	1
Relatividade de hierarquia	1
Relativismo cultural	1
Hierarquizo os valores do doente	1
Ajustamento de escala de valores médico / doente	1
Questões legais hierarquiza	1
Hierarquiza em procedimentos não rotineiros	1
Componente ética no topo da hierarquia	1
Decisão ética na fase final da decisão	1
Valores morais ganham força quando capacidade de sucesso médico cai	1

A pergunta acerca de se a pessoa que se é, as vivências que se interiorizaram ao longo da vida, têm ou não peso nas decisões, tem uma particular importância neste trabalho, na medida em que pretende que nos transmita se os valores enquanto construtores da pessoa que se é, têm peso e marcam de forma original as decisões que envolvem a vida. Dos 7 médicos entrevistados só um discordou da tese de que os valores que interiorizamos ao longo da vida têm peso nas decisões, sublinhando na sua resposta que faz questão que isso não interfira na prática profissional. Dos restantes, destacam-se as seguintes unidades de significação: os valores estão de tal forma interiorizados que nem se dá pela sua actuação, mas o que é certo é que eles são o suporte e fundamento das nossas acções, foi esta a resposta mais invocada. 3 dos participantes, ao concordarem que os valores estão ligados e influenciam as nossas decisões, invocaram “**a experiência** (moral, é esta que estou a falar) o que aconteceu para trás quando eu tomei uma decisão deste género, qual é que foi a consequência que

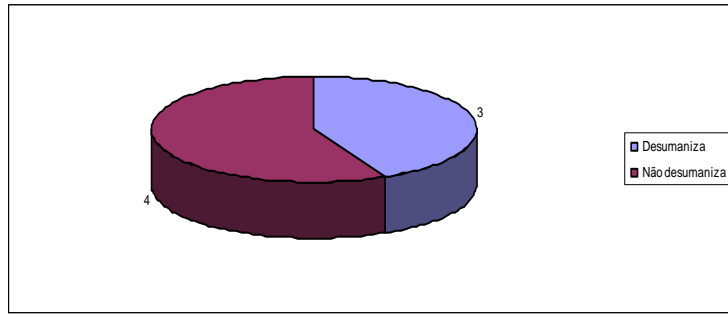
isto teve, influenciam a nossa tomada de decisão c22”, a importância da **memória**, “a memória é uma coisa muito importante, quando nós temos um insucesso, embora a memória se perca; nas semanas, meses a seguir, esse insucesso pesa muito. Depois voltamos à pessoa que éramos. Há aqui uma interferência tanto daquilo que se fez como dos valores. c23”. O mesmo médico referiu que se tivermos interiorizado as noções de **beneficência**, fazer o bem e **não maleficência**, o **respeito** pela opinião das pessoas e **respeitar quer a nossa escala de valores** quer a escala de valores do doente isso tem uma ligação importante com as decisões que se tomam. Outro médico reconheceu que o seu **contexto particular e familiar**, querendo-se referir ao seu referencial valorativo, influencia a decisão; inclusivamente já várias vezes esteve presente em **experiências humanitárias** e referiu que esta sua propensão para este tipo de acções acaba por se reflectir nas decisões que toma. Outro participante referiu, em jeito de interrogação, querendo até obter resposta para as atitudes de **não comprometimento**, referindo que este aspecto aparece muito quando se tomam decisões em área de penumbra. Uma curiosidade a propósito deste assunto refere o mesmo médico tem que ver com a diferença que se estabelece entre a escrita da decisão à mão ou no computador; ele refere que no computador a pessoa defende-se mais e é mais detalhada do que se for com caneta e papel. Este médico defende que há muitas decisões são de **fuga ao conflito** e por outro lado sente uma necessidade de fazer uma reflexão e tematização acerca destas atitudes e valores, como por exemplo “Se o doente não tem nenhuma indicação para ser ventilado, porque é que lhe hei-de dar indicação para continuar a ventilar? Por exemplo, quando nós dizemos que este doente não tem indicação para CI e vai para uma enfermaria, isto na prática é e dizem eles - não têm tempo para tomar conta dele e vai morrer g46”. Há atitudes em CI que são de extrema importância, e que facilmente passam para o domínio do rotineiro. Este médico fala duma necessidade de

reflexão para melhor compreender o que é que está na base de certas atitudes que toma diariamente em CI.



Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Valores estão interiorizados de forma implícita	4
Valores individuais influenciam a decisão	3
experiência	1
Memória	1
Não maleficência	1
Beneficência	1
Ter a opinião das pessoas	1
Escala Individual e percepção da escala do outro	1
Contexto influencia a decisão	1
Família	1
experiências humanitárias	1
Não comprometimento	1
CURIOSIDADE: Escrita manual e no computador da decisão e o não comprometimento	1
IMPORTÂNCIA da Reflexão acerca de atitudes e decisões	1
Necessidade de reflexão e tematização das nossas atitudes e valores	1
Decisão como fuga ao conflito	1

Em seguida perguntámos aos participantes neste estudo se a tecnologia utilizada nas unidades de cuidados intensivos desumaniza e afasta a decisão dos valores éticos obtivemos as seguintes intervenções:



Os participantes que acham que a tecnologia não desumaniza, salientaram a **importância da máquina** e da tecnologia, na medida em que nos ajuda a perceber os níveis de falência do corpo humano. A tecnologia não desumaniza nem afasta a decisão dos valores na medida em que a medicina intensiva e a tecnologia **tratam um período da doença** que é crítica e a tecnologia coloca em funcionamento órgãos para dar tempo a que se chegue a um diagnóstico, que de outra forma não era possível. A34

Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Não desumaniza, trata um período da doença que é crítica	1
Importância da máquina	1
Não desumaniza	1

3 participantes acham que a tecnologia desumaniza e afasta a decisão dos valores éticos, no sentido em que **afasta a mão humana e o valor do toque**, o valor do perscrutar começa a ser descurado, afasta o médico do doente e o doente sente-se desumanizado; a tecnologia provoca alguma **desumanização no trato** e “**podará invadir o doente** de formas que já deviam ter sido paradas antes e28”, “Por outro lado, o facto de termos muita tecnologia à nossa disposição tem de se ter muito cuidado para não se entrar em **delírios**; porque eu posso ter aqui um doente vivo anos a fio, levando a coisa ao exagero ... mas todo ele suportado por tudo o que são máquinas ...ventilado, pacemaker, diálise, tenho maneira de o manter vivo quase *ad aeternum*; E esta é a

questão bioética, o que é que nós ali temos, um ser que é suportado por máquinas e31?” A técnica pode ser vista como **malefício**, “Se não tivermos cuidado, o doente pode-se tornar o receptor da nossa técnica e29”. Um dos médico referiu um aspecto importante relacionado com o **quantificável e não quantificável na decisão** “A tecnologia inclui variáveis que podem ser estudadas e quantificadas f19”, “tudo o que sejam decisões éticas, humanização, muito poucas coisas se podem medir f20”.

Outro médico de forma mais radical afirma que a “**tecnologia mata** d21” e “cerca de 20 a 25% das morte em CI são devidas a erros grosseiros baseados em dados falsos d22”. O mesmo médico continua dizendo que “a tendência do intensivista é tratar o doente de acordo com o que está no monitor; aquilo que eu chamo que é a **medicina intensiva baseada no monitor** deve ser a medicina intensiva baseada no doente; olha-se para um monitor e nem se quer se sabe a cara do doente que lá está; a tendência quando há muitas variáveis monitorizadas no ecrã é normalizar cada uma delas d24”, “morre muita gente desnecessariamente em cuidados intensivos pela visão burocrática e tecnocrática que o médico tem perante o doente e a doença d25”, “a **monitorização é a falsa sensação que o médico tem que controla a doença e o doente** d26”. Na opinião deste médico a tecnologia burocratiza a medicina, faz da **medicina protocolo**, “a tecnologia dá uma **visão tecnocrática** do doente e da doença d28”, o intensivismo tem dado passos atrás; porque um medicamento antes de entrar no mercado tem de passar por várias fases de estudo; um dispositivo médico, diagnóstico ou terapêutico, não precisa de demonstrar que é útil para entrar na vida do médico, **não tem qualquer fase de verificação** no sentido de dizer se aquele dispositivo é útil ou não é útil d30”, “Não existe um INFARMED para as máquinas; nós somos bombardeados com máquinas, equipamentos e dizem-nos: – Isto dá o parâmetro tal ... a variável tal ... e ninguém pergunta – e eu preciso disso? O doente precisa disso? Se eu basear o meu tratamento

nessa variável o doente melhora ou piora? Morrem mais ou morrem menos? d32”. Outro participante no estudo, concordando que a tecnologia desumaniza, no entanto, apresenta um discurso mais optimista e pedagógico afirmando, “eu acho que neste últimos 5 ou 10 anos, tem havido um movimento de combate de excessiva tecnologia em decisão meramente técnica e estamos a pensar os fundamentos daquilo que fazer e com necessidade de voltar a pôr os valores morais como valores importantes na decisão, eu acho que isto é um movimento cíclico, ou seja, aumenta a tecnologia e existe uma vaga moral e isto é assim há muitos anos não é apenas uma questão de agora, já aconteceu várias vezes c26”. **A própria tecnologia desperta-nos para as questões éticas, havendo uma indissociabilidade entre os aspectos técnicos e aspectos éticos.**

Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Afasta a mão humana e o valor do toque	1
O doente sente-se desumanizado	1
Desumanização do trato	1
Afasta o médico do doente	1
Poderá invadir o doente	1
Pode levar a delírios	1
Técnica como malefício	1
Quantificável / não quantificável na decisão	1
Tecnologia mata e emite erros / dados falsos	1
Monitorização - falsa sensação de controle	1
Burocratização da medicina	1
Medicina protocolar	1
Controlo de qualidade da tecnologia	1
Alerta para a separação entre o que é doença e o que é doente	1
Necessidade de voltar a por os valores morais como valores importantes na decisão, eu acho que isto é um movimento cíclico.	1
Ressurgir de questões éticas	1
Tecnologia desperta para os aspectos ético	1
Indissociabilidade da vertente científica com a vertente ética	1

A pergunta acerca do peso que os valores do doente têm na decisão, poderia revelar-se algo inconsistente, uma vez que a maioria dos doentes em cuidados

intensivos está inconsciente, sedada, não podendo verbalizar a sua autonomia e vontades dando assim a conhecer os seus valores. A maioria dos médicos referiu este aspecto **como limitador do conhecimento dos valores do doente**, apontando a família como sendo muitas vezes uma espécie de resgate de referência da pessoa, que pode ajudar na decisão. A família torna-se um elo de ligação entre o médico e o doente. A pergunta foi: Que tipo de influência têm os valores do doente na decisão em CI? Depois de analisado o conteúdo de todas as intervenções, estas configuraram-se da seguinte forma: O valor apontado como mais importante na decisão é a **religião** e todos os participantes que o mencionaram referiram-se ao caso concreto das testemunhas de Jeová; outro referiu que é normal atenderem os pedidos de assistência religiosa diferentes da tradicional. De seguida a **autonomia** aparece como o valor que o médico mais respeita no doente, é certo que a autonomia pode resultar em algo muito vago, tendo sido especificado através de “Perguntamos sempre ao doente em relação a introdução de técnicas ... Se quer ser ventilado ... A36”, “devíamos ter mais em conta os valores dos doentes. Eu acho que as pessoas deviam ter de facto direito a poder decidir sobre as suas vidas. Se alguém pode tomar comprimidos para se matar alguém tem também de ter o direito de decidir sobre a sua vida; eu acho horrível aquela coisa da pessoa paraplégica que decide terminar a sua vida e não têm essa capacidade, acho que isso é uma violência. e33”. Três intervenções referem-se à autonomia de uma forma diferente; por um lado, as pessoas **resistem a ser autónomas** e transferem as responsabilidades para outrem, por outro lado, e tendo em conta a **prioridade dos valores do doente**, esta autonomia tem de ser gerida e articulada, “tentamos levar em linha de conta aquilo que o doente quer (posições éticas e valores dos doentes) ... mas a decisão técnica é dos técnicos. A38”. A outra intervenção refere a **educação para a saúde** como um suporte para o exercício eficaz da autonomia. A propósito deste assunto

um médico refere que por norma tem sempre em atenção aquilo que o doente lhe pede, no entanto, também refere que é preciso ter em atenção o pedido em sofrimento, que tem uma contextualização completamente diferente daquela que é feita dentro dum quadro clínico mais normal; esta mesma médica, tem uma resposta diferente a pedidos de alguém com comportamentos desviantes (toxicodependentes etc.).

Outro valor referido foi o conforto, tendo havido uma referência à utilização da “...técnica da traqueotomia (para dar mais conforto e autonomia) a37.

Unidade de Significação	Unidade de Enumeração
Religiosos	4
Autonomia	3
Conforto	1
Reconhecimento dos valores e CI	1
Resistência à autonomia	1
Decisão técnica é dos técnicos	1
Posições éticas e valores do doente	1
Prioridade valor do doente	1
Educação para a saúde	1
Comportamentos desviantes e autonomia	1
Respeito ao pedido	1
Pedido em sofrimento	1
As pessoas não pedem para morrer	1

Perguntámos que tipo de relevância é que a família e os seus valores desempenham na decisão; organizámos as respostas em cinco estruturas diferentes: Quanto à natureza da decisão, a família tem uma envolvimento e desempenha um papel muito particular no processo decisional, o conceito importante a reter é **ligação**: apresenta-se simplesmente como um **interlocutor** entre o médico e o doente; é uma **fonte de informação** e um **elo de comunicação**; pode ser “um **resgate de referências** do doente, do exterior para o interior f27”.

Quanto à influência e peso que a família e os seus valores desempenham no processo decisional em CI, esta depende do tempo de internamento, havendo uma diferença na fase aguda e grave da doença. Durante a fase aguda da doença, a relação que se estabelece é simplesmente de informação sobre o estado do doente; durante a fase grave poder-se-á estabelecer outro tipo de relacionamento, onde a família poderá ser um elemento importante de apoio à decisão, “numa fase mais aguda da doença, o papel da família passa mais por estar informada ... quando a doença passa a crónica aí damos mais importância à opinião da família a40, “(a família) pode-nos ajudar através da sua permanência na unidade, tornar mais fácil as nossas decisões f30”. Mas de uma forma geral, a família não tem influência e peso nas decisões em CI, “tentamos dialogar, mas em geral prevalece aquilo que nós achamos e43”; o critério familiar revela-se inoperante e pouco eficaz, “é muito difícil decidir em função daquilo que a família acha e41”, outro médico afirma que “às vezes decidem-se coisas com os doentes e as famílias, mas que depois na prática não resulta em nada e38”. No entanto, outra intervenção refere que quando o doente é um menor a família tem mais peso na decisão.

A maior influência na decisão está na equipa médica e não no seio da família; a decisão é sempre médica segundo uma intervenção neste estudo, há um esforço por parte da equipa médica em fazer coincidir os interesses do doente e da família “as decisões que se tomam têm que ter a ver, se possível, com o acordo com a família. A família, por outro lado é a nossa maneira de estar ligados com o doente. De maneira que a família é importante, por vários motivos. b13. Há também o esforço em manter a credibilidade da equipa e dos passos efectuados até à decisão, “todos os nossos doentes aqui, têm uma história de acontecimentos e nós temos que estar seguros e acreditar nestes acontecimentos e passar isso para os familiares e eles têm de acreditar nisso; por exemplo eles têm de acreditar que nós fizemos tudo e mesmo assim o marido morreu; se

não acredita, cria-se alguma conflitualidade g66”. Por vezes a família revela uma posição de demasiada desconfiança e é preciso algum cuidados da equipa médica na gestão destas situações que podem gerar conflitualidade. “Quando falamos com elas pensam que estamos a tirar “nabos da púcara” g59”. Uma outra intervenção refere o apoio pós-morte que é dado às famílias, é normal que as famílias se questionem acerca de se “se fez tudo o que devia; há muitos pensamentos que ocorrem pós-morte g63”. No entanto, e ainda a propósito da envolvência da família na decisão, um participante refere que já envolveram mais a família do que envolvem agora, “Apercebi-me ao longo dos tempos que ao envolver a família, criamos problemas de ansiedade g61”. É também preciso ter prudência em relação à família, “Eu acho que temos de ter alguma prudência, porque nem sempre a decisão da família é uma decisão apenas de beneficência. Só por ser uma decisão da família não é obrigatoriamente uma decisão de beneficência c44” e o critério de decisão familiar pode ser duvidoso “se a família diz que quer assim, eu não sei se aquilo é verdade e44”. Outra intervenção alerta para o facto de a família se demitir das suas responsabilidades, “a família demite-se das suas responsabilidades, inclusivamente o médico, quando está no papel da familiar de alguém, as pessoas demitem-se da suas responsabilidades, as pessoas não querem ser responsáveis e se por acaso forem chamadas à responsabilidade a primeira coisa que fazem é demitirem-se dela d37”.

Um outro aspecto diz respeito ao apoio psicológico em CI. Das 7 UCI visitadas só uma tem a permanência de um psicólogo, “temos um Psicólogo que dá apoio à família ... às vezes a família faz mecanismos de rejeição e começam a vir menos à visita a41”. Segundo a opinião do director de serviço, este apoio revela-se de extrema importância, enquanto acompanhamento no processo de dor, consciencialização para as más notícias e que de alguma forma pode também ser um apoio no processo decisional,

“consciencializar a família de que o doente vai ficar ventilado para o resto da vida e ajudar no sentido de criar condições para o ter em casa a42”. Certamente que este seria um passo no sentido da multidisciplinaridade importante a dar pelas unidade de cuidados intensivos.

Indicadores	Unidade de Significância
<b>Natureza da decisão familiar</b>	
Interlocutor Médico - Doente	2
Ligação	1
Fonte de informação	1
Elo de comunicação	1
Resgate de referencias	1
Apoio na decisão	1
Envolvência nas decisões	1
<b>Influência da família</b>	
Peso da Família e duração de internamento	1
Papel pouco significativo nas decisões.	1
Decisão familiar inoperante	1
Decisão em fase de tratamento	1
Informação em fase Aguda / Crónica	1
Comunicação e Informação versus decisão	1
Família tem menos peso que o doente	1
Em menores a família tem mais peso	1
<b>Influência da decisão médica</b>	
Prevalece a decisão médica	1
Decisão concordante com a família	1
Apoio à família pós-morte	1
Credibilidade perante a família	1
Decisões são sempre médicas	1
Coincidência de interesses (Família / Doente)	1
Informação familiar versus ansiedade	1
Prudência em relação à Família	1
Crítério ou decisão familiar pode ser duvidosa	1
Desconfiança por parte da família	1
A família demite-se das duas responsabilidades	1
<b>Apoio psicológico</b>	
Importância do Apoio Psicológico	1
Consciencializar família para as más notícias	1
Constância do apoio familiar	1

De seguida questionámos os médicos acerca da forma como é tomada a decisão nas UCI, e foram-nos apresentadas várias formas de decidir. Também aqui dividimos as

intervenções segundo quatro aspectos: Aspectos genéricos da decisão, aspectos práticos da decisão, aspecto da decisão ligados à organização do serviço e por fim alguns aspectos que podem configurar uma má decisão. Quanto a decisão na sua generalidade, a **decisão de grupo**, aquela que é só partilhada pelos médicos foi a mais apontada. A **decisão de beneficência**, (apesar de todas as decisões o serem), foi apontada como aquela que é sempre em benefício do doente. A **decisão por unanimidade** é aquela em que só se fazem determinadas manobras quando há unanimidade na equipa, “Só decidimos retirar suportes, não reanimar se for unânime para todos e55”. Também foi invocada a **decisão colegial**, como reforço da unanimidade, mas no grupo dos médicos. A decisão concordante com a família, é aquela em que há um esforço de coincidência com os interesses da família.

Quanto aos aspectos práticos da decisão, a **decisão de vida** revelou-se a mais importante, precisamente porque está em causa a vida da pessoa e é neste tipo de decisão que se faz apelo o mais possível o consenso e a unanimidade, “Nas decisões menos difíceis, geralmente alguém decide, o mais velho, ou o que está a chefiar, posso não ser eu, pode ser outra pessoa que esteja na altura. Nas decisões muito graves, que têm a ver com a vida, a decisão tem que ser mais consensual. b15.1”, “A decisão mais grave é aquela em que o doente vai viver ou não vai viver, e esta é uma decisão muito complicada, nós não somos deuses, por isso é uma decisão que tem de ter o máximo de unanimidade. Por exemplo, toda a gente está de acordo que aquele indivíduo não é viável, por mais que se faça ele não vai sobreviver e essa decisão é aquela que é mais difícil de todas. b17”. Fala-se de **decisão faseada** para indicar o tipo de decisão exigido em fase de tratamento e o tipo de decisão que se coloca em fim de vida ou o tipo de decisão em fase aguda da doença e em fase crónica da doença. A decisão clínica e técnica coloca-se, por norma, durante a fase de tratamento e a decisão ética coloca-se

mais no final de vida. É certo que não se trata de uma regra objectivada, mas segundo os indicadores dos participantes no estudo, é o que se aproxima mais da realidade. A decisão de **comorbilidades ou criteriosa** é aquela que tem em conta “todo o contexto em que o doente se encontra, há toda uma envolvência de questões que têm a ver com questões éticas: idade do doente, o estado em que ele se encontra, se está completamente acamado, demente, se está num lar sem vida de relação com ninguém, as comorbilidades que o doente tem, se já teve muitos internamentos, se faz oxigénio. Se não consegue dar um passo sem fazer oxigénio. Tudo isto tem de ter peso numa tomada de decisão. Mas aqui o que tomaremos em conta são aspectos técnicos” e<sup>24</sup>. A **decisão amadurecida** é aquela que não pode ser tomada no momento, porque necessita de uma reflexão e passa para o dia seguinte. A decisão de confirmação dá-se “quando já temos a decisão tomada e há alguém (nem que seja o mais novo) que diz não ter a certeza duma determinada análise, volta tudo atrás a<sup>47</sup>. A **decisão analisada diariamente** tem um carácter diferente, na medida em que “por exemplo, nas indicações de não reanimação, o estado do doente pode-se modificar e nós podemos enganar. Igualmente em relação à contenção terapêutica (isto já nos aconteceu)” f<sup>37</sup>, outra intervenção ilustra este tipo de decisão, “aqui é tudo muito rápido. As decisões, muitas vezes das oito da manhã são diferentes das que se tomam ao meio-dia, porque chegou o resultado de uma análise etc., ou o doente chegou às doses máximas de um fármaco e não respondeu.a<sup>28</sup>”. Uma outra intervenção refere a **decisão de conflito como mais valia**; aqui a conflitualidade de opiniões é tida como um aspecto positivo, na medida em que gera discussão / reflexão sobre os assuntos em questão, “existem conflitos, o que achamos muito positivo. É uma mais valia g<sup>68</sup>.

Quanto aos aspectos da decisão ligados à organização de serviço, foi-nos apresentada a **decisão por objectivos**, onde se vão trabalhando todas as possibilidades

disponíveis para o sucesso “(...) por exemplo, quando a possibilidade de reverter é baixa, damos 48 horas de terapêutica máxima, optimizamos todos os parâmetros, se responder continuamos, se não responder paramos a44”. A **decisão de organização de serviço** é aquela que se prende com a estrutura, funcionamento e organização de cada serviço; em relação a este assunto obtivemos dois relatos diferentes da forma como são distribuídos os doentes que têm influência na tomada de decisão. No primeiro, caso aparece uma situação em que não há distribuição dos doentes, “aqui não trabalhamos individualmente cada doente, eu trato um e o outro trata outro; nós frequentemente rodamos pelos doentes todos, para termos uma noção do doentes todos e conhecermos os doentes todos. Isto dá-nos também uma noção conjunta dos doentes. Mesmo as pessoas que vêm de fora e vêm fazer urgências também seguem estas directrizes e58”. No segundo caso, os doentes são distribuídos: “durante a manhã temos um corpo de médicos residentes a quem os doentes são distribuídos e a decisão cabe, fica à responsabilidade de quem tem os doentes f33”. Mais à frente neste trabalho, referiremos um aspecto de conflitualidade valorativa com origem na distribuição que se faz dos doentes e com uma consequência negativa que resulta na defesa individual (cada um defende o seu) por parte dos médicos. Foram aqui apresentadas duas formas diferentes de distribuição de doentes pelos clínicos que podem ter influência na forma como se estrutura e finaliza a decisão em CI.

Por fim, agrupamos algumas intervenções, tendo como base, conteúdos que podem configurar uma má decisão: a **decisão individual** foi-nos apresentada como sendo uma decisão não partilhada, nem pelo grupo dos profissionais de saúde da UCI, nem só pelo grupo de médicos; normalmente é uma decisão que o director de serviço decide implementar. A este tipo de decisão chamou o mesmo participante **decisão ditatorial**, “O director de serviço faz questão de ser ele a impor a sua decisão. Por mera

formalidade pode ouvir as pessoas, mas, ele só ouve as pessoas quando já tomou a decisão; a isto chama-se centralismo democrático. O ponto crítico é ouvir todos os intervenientes e é isto que não se passa no nosso país. Não creio que exista um sítio onde todos os intervenientes tomem parte nas decisões, isto não se passa d39”; o mesmo participante continua: “não há directores, não há formação com a necessária tarimba de personalidade, porque isto implica que a pessoa se exponha, que a pessoa abdique do seu trono para se tornar um igual entre muitos, e é isto que não é aceite na nossa sociedade que está altamente hierarquizada d40”. Para este médico o ideal seria o estabelecimento de uma **decisão social**, onde fosse possível abrir a decisão a todos os intervenientes interessados, “ (...) até penetrarmos nos meandros da decisão social ainda vai um longo passo” d13. Há uma outra perspectiva da decisão individual, desta vez sem uma carga de negatividade, que é aquela em que “ (...) um doente que tenha entrada de noite e a doença evoluiu de uma forma acelerada e tem de se decidir (individualmente) e17”. A **decisão anti-ética** corresponde a uma irresponsabilidade na decisão, quando a decisão vai em sentido inverso aquele que tem por base os valores que permitem ouvir todo o grupo e decidir com base nos dados obtidos pela reflexão em equipa. Este médico referiu o exemplo de uma desconexão do ventilador sem ter pedido parecer a ninguém (Este é o exemplo de uma decisão) irresponsável e **anti-ética**, aqui não houve o mínimo de cuidado de pôr um toque ético na decisão. Tudo aconteceu sem ser pedida opinião a ninguém d44”. Outro aspecto referido por outro interveniente refere a **decisão de não comprometimento** como má decisão: “o valor da pessoa não se comprometer completamente e esse valor aparece em muitos de nós quando tomamos decisões em áreas de penumbra” g34, ocorre também que “Às vezes escrevem-se uns gatafunhos que nem se percebe o que está escrito. Isto é patético, mas é verdade” g35. As decisões em CI têm quase sempre um resultado com implicações na vida humana, e

a situação do não comprometimento pode configurar uma situação de má decisão. A decisão de conforto pode também não se inscrever no domínio da boa decisão, se é que existe este domínio em CI; pelo menos, da forma como nos foi apresentada. Decidir pela via y exclusivamente porque nos dá mais conforto, configura na minha opinião uma má decisão. Se o conforto, coincidir com conforto de consciência, tem, então uma conotação diferente. Estamos-nos, neste caso, a referir a uma intervenção em que a decisão de grupo dá mais conforto, “aqui devemos sempre seguir o critério do grupo, até porque nos dá conforto uma vez que estas decisões são muito difíceis” e57. Penso que o que se destaca aqui será o aspecto da salvaguarda, ou outro tipo de decisão referida pelo mesmo interveniente que é a **decisão de fuga ao conflito**, onde a decisão é tomada da forma mais pacífica possível, por forma a não gerar conflitos. Outro aspecto negativo é a **decisão por automatismo**, onde se estabelecem procedimentos padronizados, não tendo em atenção a diversificação individual. Há ainda a **decisão presumida**, aquela em que não houve uma verificação presencial dos factos, simplesmente se presumiu, a **decisão infundada**, aquela em que se optou por uma via sem nenhum indicador de carácter teórico ou prático, que indicasse a probabilidade de se poder seguir aquele caminho.

A decisão implica sempre um caminho, ou a escolha de um caminho. A decisão em CI é uma decisão, como já referimos várias vezes neste trabalho, com uma particular acuidade, simplesmente porque aquilo que o decisor tem entre mãos, é a vida humana. Tentámos aqui fazer um levantamento de alguns aspectos da decisão em CI, mediante os testemunhos dos nossos entrevistados. Para terminar deixo só mais um relato aquilo a que chamei decisão hierárquica, “quando a questão é mais técnica e não há consenso prevalece a opinião da hierarquia g69”

Indicadores	Unidade de Significância
<b>Aspectos genéricos da decisão</b>	
Decisão de Grupo (Médicos)	5
Decisão de beneficência	3
Decisão por unanimidade	2
Decisão colegial	1
Justificação da decisão colegial	1
Decisão concordante com a família	1
<b>Aspectos práticos da decisão</b>	
Decisão de vida	1
Decisão faseada	1
Decisão clínica e técnica	1
Decisão de Comorbilidades ou criteriosa	1
Decisão amadurecida	1
Decisão de confirmação	1
Decisão analisada diariamente	1
Decisão de Conflito como mais valia	1
<b>Aspectos da decisão ligados à organização de serviço</b>	
Decisão por objectivos	1
Decisão de organização do serviço	1
Decisão de Pessoal de urgência	1
<b>Aspectos de decisão negativa</b>	
Decisão individual	1
Decisão ditatorial	1
Decisão Social	1
Decisão anti-ética	1
Decisão de não comprometimento	1
decisão de conforto	1
Decisão como fuga ao conflito	1
Decisão por automatismo	1
Decisão presumida	1
Decisão infundada	1
Decisão hierárquica	1

No que diz respeito a conflitos de valores na tomada de decisão, as respostas tomaram uma amplitude que foi duma situação de conflitualidade considerada normal, revelando um bom funcionamento e articulação decisional, passando por uma conflitualidade inerente à própria natureza da actividade, até uma situação de grave conflitualidade de valores, interferindo até com a progressão da situação de doença e o

valor da vida da pessoa. Um dos entrevistados referiu que existem pontualmente divergências nas tomadas de posição mas, de uma forma geral, não existem posições diametralmente opostas; o grupo está sempre em sintonia e o grande beneficiado é sempre o doente.

Um aspecto de conflitualidade surge ligado a aspectos clínicos e o conflito em casos de **futilidade** terapêutica adquire importância na medida em que existem conflitos “essencialmente quando se discutem questões na base da futilidade, ou quando se discutem questões no **limite da palição** c48”, “quando o doente não tem alternativas terapêuticas com uma doença oncológica se vale a pena viver dois meses ou não e é aqui que os valores tomam a sua importância. Nós temos agora um doente nestas circunstâncias, o doente não tem alternativa, mas está lúcido e aqui há conflitos nestas decisões; eu acho que se o doente tiver uma paragem cardíaca nestas circunstâncias deve ser reanimado porque está lúcido, há colegas que acham que se o doente parar não deve ser reanimado. Portanto, vamos decidir conjuntamente, mas aqui tem que ver com valores, de facto, quando temos um doente a morrer, quem somos nós para decidir se o doente vive mais uma semana, se vive mais uma hora ou mais uns meses f45”. Surgem também conflitos com o pessoal que coordena a infecção hospitalar na medida em que as “comissões de infecção defendem **valores epidemiológicos** de comunidade em detrimento de valores individuais” g75. Há perspectivas diferentes em relação ao cuidar por parte das pessoas que participam no controlo da infecção, têm menos atenção à individualidade. O mesmo participante refere um outro conflito ligado à organização do serviço. Quando se adopta a metodologia de distribuição de doentes pelos médicos, surgem por vezes “perspectivas diferentes entre a defesa deste e daquele doente (distribuição dos doentes) g76”. Também em relação à medicina baseada na evidência

nos estudos publicados surgem por vezes perspectiva diferentes e que geram alguma discussão.

Em relação a aspectos que não pertencem à área clínica, a família aparece como o elemento mais referido, “Existem conflitos com a família: com a família é mais complicado. Ainda não encontramos forma de fazer esta discussão ao nível da família. A48”, “(...) temos que nos aperceber da posição da família e se possível jogar com os interesses da família. Às vezes as coisas não são coincidentes.b19”. Também **quanto mais numerosos** são os **grupos**, mais dificilmente se consegue consenso e se gera conflitualidade de posições. Um outro aspecto referido e que pode ser gerador de conflitualidade diz respeito a possíveis **inadequações ou não coincidência entre escalas de valores**, “às vezes existem conflitos graves entre qual é que é a minha escala de valores e qual é a escala do doente, e às vezes são antagónicas e eu devo utilizar a escala de valores do doente excepto quando esta torna o acto impensável para mim, colide directamente com valores fundamentais e aí é um problema complicado, saber o que é que nós vamos fazer, não é nada fácil c47”. Uma outra intervenção, algo próxima desta, refere uma conflitualidade na decisão devido a uma proximidade, identificação e analogia de sentimentos ou **por interferência de valores**, “por exemplo se eu tiver um filho com 22 anos, terei mais dificuldade em decidir. Eu lembro-me de ter situações destas e eu me identificar com aquilo, quando o meu filho tinha 17 anos e63”; “há sempre doentes que nos tocam de uma forma particular e há interferência desses valores. Aqui admito que haja dificuldade em decidir por uma questão quase pessoal e64”. Neste caso temos uma **conflitualidade interna**, gerada por razões de ordem pessoal, às vezes incontornáveis, e que em condições normais seria uma decisão linear mas, por razões de ordem pessoal, passou a uma situação de conflito interno. Por vezes geram-se conflitos porque há uma **inadequação de métodos entre as unidades**: “Mas

às vezes acontece não estar em sintonia e muitas vezes não estamos em sintonia com os métodos lá de fora f41”, “as especialidades cirúrgicas largam muito os doentes, acham que não vale a pena. Querem pôr os doente cá para ficarem sossegados f42”. Um outro conflito que surge com frequência diz respeito à **permissividade** em alguns aspectos técnicos por parte dos colegas, “cá dentro há pessoas mais permissivas, por exemplo em relação ao suporte vasoactivo / aminas, não aumentam e mantêm uma determinada dose e se o doente parar não é reanimado” f43, “há pessoas que acham tudo aquilo é artificial e podem-se baixar aminas. Nunca vi nenhum colega a tirar abruptamente, mas há colegas que baixam aminas” F44. Outra intervenção refere a existência de conflito com a administração a propósito da **escassez de recursos**, “Há aqui conflitos de valores entre nós e a administração. Há escassez de recursos , mas se perguntar às pessoas dizem que não ... mas essas pessoas camuflam essas escassez de recursos, claramente. Eles acham que há coisas que não são dispensáveis; por exemplo, para eles não se faz transplante pulmonar ... então e as pessoas morrem ... estamos a brincar g71”. Outro tipo de conflito ligado a escassez de recursos prende-se com diferentes perspectivas no grupo, há colegas com perspectivas diferentes no que toca a poupança de recursos. Um outro aspecto de conflitualidade e que considerámos mais grave, é quando este já interfere com a saúde e vida do doente. Chamámos **conflito de autoridade** ao conflito gerado quando a decisão é tomada unicamente pelo superior hierárquico e o resto da equipa não é chamada a decidir. Este conflito pode também ter origem na **falta de comunicação** entre os profissionais. No entanto, o conflito de valores também é apontado como algo de positivo e que pode ser aproveitado como uma mais valia nas discussões clínicas, “existem conflitos, que convivemos bem com eles, achamos positivo haver conflito. É uma mais valia; quando a questão é mais técnica e não há consenso prevalece a opinião da hierarquia G77”

Indicadores	Unidade de Significância
Conflito de futilidade	2
Conflito no limite da palição	1
Conflito: valores epidemiológicos / morais	1
Conflito de organização	1
Conflito MBE - perspectivas diferentes	1
Conflito como mais valia	1
Conflitos com Família	2
Conflito: Grupo numeroso	1
Conflitos entre escalas de valores	1
conflito por interferência de valores	1
Conflito interno	1
Conflito por inadequação de métodos	1
Conflito: permissividade	1
Conflito de escassez de recursos / Administração	1
Conflito de escassez de recursos / Grupo	1
Conflito de autoridade	1
Conflito de falta de comunicação	1

Por fim perguntámos aos médicos o que é que consideravam ser uma boa decisão em cuidados intensivos e a resposta que reuniam mais unidades de significância foi aquela a que chamámos decisão de **beneficência**. Uma boa decisão em CI “é seguramente uma decisão que eu diria em primeiro lugar, o benefício para o doente a49”. “Tratar e fazer sofrer o menos possível aquele doente e68”. De seguida, a boa decisão é apontada como aquela que é **partilhada**, “respeitando todos os intervenientes e com interesse na decisão d48”. Outro participante referiu a **decisão ética**, como boa decisão, na medida em que tem por base os valores éticos, respeita o **indivíduo**, apresenta-se com um discurso **aberto, sincero, frontal e honesto**.

Por outro lado, e tendo em conta aspectos mais técnicos, a decisão **tecnicamente correcta e actual** apresenta-se como a boa decisão em CI, “correcta e actual , que está de acordo com o estado da arte a51”. A boa decisão, para além de ter de ser **cientificamente segura, clara, sem cometer erros**, “se a decisão for **consensual melhor**” a52. A boa decisão, diz outro médico, tem que ver com a experiência

profissional “eu valorizo muito a experiência e pessoas com experiência com que trabalhei e que publicaram as suas experiências. Para se obterem resultados é preciso aperfeiçoar as técnicas. Eu valorizo a Medicina baseada na Evidência e os estudos publicados g90”.

Uma outra intervenção neste estudo refere que a boa decisão em CI é aquela que é tecnicamente adequada e moralmente justa. Outro médico refere que é preciso **esgotar todas as “potencialidades** técnicas e clínicas que foram colocadas na defesa do interesse do doente; enquanto pessoas que ele é, com crenças diferentes, valores diferentes, formas de estar diferentes e67”. “Temos de ter em conta o historial do doente para melhor decidir, Por exemplo: as **comorbilidades** daquele doente, se é um doente hipertenso, diabético, que já tem insuficiência vascular, já tem pacemaker, já tem um coração completamente dilatado e já não tem coronárias possíveis para ser operado e isto não é exagero, há doentes que têm isto tudo. E tudo isto tem muito peso na forma como depois se decide. e69”.

Uma curiosidade interessante referida a propósito deste assunto por um dos médicos, diz-nos que a boa decisão é aquela que é **escrita em letra de imprensa**, no computador e que fica gravada num ficheiro, dizendo mesmo que as pessoas quando escrevem, para além de melhor se defenderem também melhor fundamentam as suas decisões. Da decisão escrita, decorre, segundo este médico, uma **decisão fundamentada**. “A boa decisão em CI é aquela que a pessoa consegue fazer por escrito. A boa decisão é aquela que a pessoa é capaz de escrever em letra de imprensa e numa folha a4 g78”, “Uma boa auditoria (isto é uma coisa que nós vamos propor que se faça) é sempre que se prescreve um antibiótico, escrever a que infecção está ligada. Nesta auditoria, um médico especialista de fora vai comprovar as prescrições que nós fizemos. Daqui a minha insistência em escrever g79”, “Se o médico tiver que escrever porque é

que escolheu aquele antibiótico, vai pensar duas vezes antes de escolher o antibiótico. Se o médico estiver sob pressão do preço, escolhe outro g80”. Este mesmo participante concorda com a existência destas duas componente na decisão, no entanto afirma que a componente ética é sempre mais difícil na decisão e que, se for preciso, os intervenientes fogem destas questões e evitam o conflito, “Eu não tenho dúvidas que as pessoas em questões éticas, fogem do conflito; nas questões técnicas as coisas são diferentes, existe mais automatismo, a aprendizagem, porque o outro faz igual ... G85”.

Indicadores	Unidade de Significância
<b>Decisão de beneficência</b>	4
Decisão partilhada	2
Decisão ética	1
Sinceridade	1
Discurso aberto	1
Honestidade	1
Frontalidade	1
<b>Tecnicamente correcta e actual</b>	2
Cientificamente segura	1
Consensual	1
Clara	1
Sem cometer erros	1
Decisão baseada na evidência	1
Decisão tecnicamente adequada e moralmente justa	1
Foram esgotadas todas as possibilidades	1
Componente ética e clínica	1
Decisão de comorbilidades	1
Decisão por escrito	1
Decisão fundamentada	1
Decisão ética VS Decisão técnica	1

## CONCLUSÃO

“A pergunta fundamental, a que toda a concepção-do-mundo e da vida procura dar resposta, é sempre uma pergunta relativa ao *sentido do mundo*. Os problemas cruciais que este encerra – os problemas de Deus, da liberdade e da imortalidade – não são senão aspectos seus. Mas o facto de alguma coisa ter ou não ter sentido, afere-se exclusivamente pela medida em que essa alguma coisa possa servir à realização dos valores. O mundo só tem sentido para nós enquanto pode achar-se referido a estes. Isto mostra que o problema do sentido e com ele a nossa concepção-do-mundo e da vida nos remetem, portanto, de novo, para a esfera axiológica”.<sup>60</sup> Era assim que Johannes Hessen se referia à potencialidade que os valores têm em esclarecer a nossa consciência acerca das coisas.

O mesmo autor, numa abordagem acerca da antropologia dos valores, enquadrados esta problemática de duas maneiras: se há valores, o que é preciso que haja da parte do homem? A segunda forma de colocar a questão remete para, o que dão os valores ao homem? A abordagem em relação à primeira questão move-se em torno da existência do ser dos valores em função da existência de ser no homem. A segunda questão levantada, não é menos importante e fala-nos acerca do interior do homem. Esta questão refere-se ao sentido da vida, ao ser homem. A *humanização* do homem, tornou-se no mais alto fim da vida humana; se perguntarmos como é que chegamos a este degrau, neste momento já temos a resposta: pela capacidade que o homem tem de se abrir aos valores. A personalidade do homem adquire-se através da realização dos valores.

Podemos até dizer que há um *chamamento* por parte dos valores. Mas nem todos os valores chamam por nós ao mesmo tempo e com a mesma intensidade. Só os

---

<sup>60</sup> Hessen, Johannes, *Filosofia dos Valores*, Almedina, 2001, Coimbra, pág. 136

valores éticos, se dirigem a nós com um tom de imperativo categórico. Estas reflexões são um indicador de como o sentido da vida se acha dependente dos valores.

Há, como dissemos atrás, uma forma constitutiva dos valores, um ser dos valores que se entranha no homem e lhe dá uma consciência de si, o ilumina e lhe mostra o sentido acerca da realidade. É também este ser dos valores que se embrenha no homem fornecendo-lhe a capacidade de decisão. Os valores criam no homem uma potencialidade de factos capazes de o modificar tornando-o pessoa com uma finalidade de acção e intenção.

Foi a partir de uma inquietação resultante destes dois conceitos de decisão e valores, que surgiu a ideia de os articular em torno da problematidade ética, cuja fertilidade se aplica nos cuidados intensivos. Depois de enquadrarmos de forma teórica os conceitos, quisémos saber, o que é que os médicos dos serviços de cuidados intensivos gerais dos grandes hospitais da área metropolitana de Lisboa pensam sobre esta articulação.

Introduzir a temática valor, num ambiente de factos, pareceu-nos à partida, uma tarefa condenada ao insucesso; no entanto, a emergência do assunto despoletou e trouxe para a discussão dados importantes:

A decisão de carácter técnico tem mais expressão e a experiência neste domínio revelou-se a componente que melhor a sustenta. No entanto, e com base nas entrevistas, tivemos oportunidade de constatar que cada vez mais os médicos decisores na unidades de medicina intensiva, estão, por um lado, despertos para a envolvência na decisão de conteúdos de carácter valorativo e ético, e por outro, conscientes de que a alteração de alguns valores, veio alterar também a forma de decidir.

Se a hierarquia é uma característica atinente aos valores, metade dos médicos com quem falámos está desperto para esta realidade e faz uma hierarquia implícita ou explícita de valores aquando da tomada de posição.

Se a tecnologia é, por um lado, um elemento presente em quase todas as discussões de bioética, e por outro, despoletou uma tomada de consciência para os cuidados a ter com a dignidade humana, mais de metade dos médicos que paraticiparam neste estudo, acham que a tecnologia não desumaniza, apenas trata um período da doença que é crítica. Os restantes que acham o contrário, fazem severas críticas ao uso da tecnologia.

Quanto aos valores do doente, os religiosos são aqueles que se colocam com mais frequência e em que o médico mais respeita a autonomia do doente.

A família aparece-nos como um elemento de apoio à decisão e de resgate de referências, tendo um papel diferente na fase aguda e grave da doença.

Em relação à forma como é tomada a decisão, esta é tomada em grupo, sendo que deste grupo, para a maioria dos participantes no estudo são médicos. Há, neste universo de inquiridos, alguma resistência em incluir outros profissionais de saúde nas tomadas de decisão em medicina intensiva, sendo a decisão partilha, mas no grupo dos médicos.

De todas as perguntas que foram colocadas aos médicos, considerei importante a pergunta acerca os valores que se interiorizaram ao longo da vida, e que fizeram de nós a pessoa que somos, tem influência ou não na decisão, na medida em que nos permite aferir acerca do verdadeiro *modo de ser* dos valores e da capacidade que eles têm em alterar a interioridade do homem de modo a contribuir para uma decisão mais prudente em medicina intensiva.

## BIBLIOGRAFIA

- AGOSTINHO**, *Confissões*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- AGOSTINHO**, *Cidade de Deus*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- ANTUNES, JOÃO LOBO.**, “Vida, Morte, Tecnologia”, in *Que Valores para este Tempo?*, Lisboa, Gradiva, 2006.
- ANDERSEN, ELISABETH**, *Value in Ethics and Economics*, Cambridge, Harvard University Press, 1993.
- AQUINO, TOMÁS**, *Summa Teológica*, Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.
- ARROW, KENNETH J.**, *Social Choice and Individual Values*, Massachusetts, Yale University Press, 2ª edição, 1963.
- BARBOSA, ANTÓNIO, SILVA, JOÃO RIBEIRO**, *Contributos para a Bioética em Portugal*, Lisboa, Edições Cosmos / Centro de Bioética FMUL, 2002.
- BARATA-MOURA, JOSÉ**, *Para uma Crítica da Filosofia dos Valores*, Lisboa, Livros Horizonte, 1982.
- BRENTANO, FRANZ**, *Sobre la Existencia de Dios*, Tecnos, Madrid, 2002
- CABRAL, ROQUE**, *Temas de Ética*, Lisboa, UCP – Publicações da Faculdade de Filosofia, 2000.
- CANTO-SPERBER, M.** (edição coordenada), *Dictionnaire d'éthique et de Philosophie* Paris, *Morale*, PUF., 1996 .
- CHANJEUX, J-P**, *Une Même Étique Pour Tous?*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- CHANJEUX, J-P**, *Fundamentos Naturais da Ética*, Lisboa, Piaget, 2005.
- CICONNE, LINO**, *Bioetica Storia, Principi, Questione*, Milano, Edizione Ares, 2003.
- COLEMAN, JAMES S.**, *Individual Interests and Collective Action*, Cambridge, 2000.
- CORTINA, ADELA**, *Ética de la Empresa*, Madrid, Editorial Trotta, 5ª Ed. 2000.
- COSTA, NUNO FÉLIX**, *Axiologia e Psicopatologia*, Lisboa, Edição de Autor, 1992,
- CURTIS, RANDALL J., RUBENFELD, GORDON D.**, *Managing Death in the Intensive Care Unit, The Transition From Cure to Confort*, New York, Oxford University Press, 2001 University Press, Cambridge, 1986.
- DAN. R. THOMPSON**, “Principles of Ethics: In Managing a Critical Care Unit”, in *Critical Care Medicine (supplement)*, Vol 35, February 2007, , n° 2.
- DONNA T. CHEN** et al., “Role of Organization Ethics in Critical Care Medicine, in *Critical Care Medicine*” (supplement), Vol 35, February 2007, , n° 2.
- ESPERANÇA PINA, J. A.**, *A Responsabilidade dos Médicos*, Lisboa, Lidel, 1996

- FOLSCHEID, D.; FEUILLET-LE MINTIER, B.; MATTEI, J.F.**, *Philosophie, Étique et Droit de la Médecine*, Paris, PUF (Thèmes), 1997.
- GRACIA, DIEGO**, *Ética de la Calidad de Vida*, Madrid, Fundación Santa Maria, 1984
- GRACIA, DIEGO**, *Fundamentos de Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
- HABERMAS, JÜRGEN**, *De L'étique de la Discussion*, Paris, Cerf, 1992.
- HESSEN, JOHANNES**, *Filosofia dos Valores*, Coimbra, Almedina, 2001.
- JONAS, HANS**, *Ética, Medicina e Técnica*, Lisboa, Vega, 1ª edição, 1994.
- JONAS, HANS**, *Pour une Étique du Future*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 1998.
- JACOB T. GUTSCHE, BENJAMIN A. KOHL**, “Who Should Care for Intensive Care Unit Patients”, in *Critical Care Medicine (supplement)*, Vol 35, February 2007, nº 2.
- LAMBERTINO, ANTONIO**, *Valore e Piacere*, Vita, Itinerário Teoretici, Vita e Milano, Pinsiero, 2001.
- MATTEINI, MARIA**, *Macintyre e la Rifondazione Dell'Etica*, Roma, Città Nuova Editrice, 1995.
- MEIRA, CARLOS BRANCO; LACERDA, F. BORGES DE**, *Noções de Filosofia dos Valores*, Edição de Autor, Novembro 1940.
- MOREIRA, JOSÉ MANUEL**, *A Contas com a Ética Empresarial*, Cascais, Princípia, 1ª Ed., 1999.
- MOUNIER, EMMANUEL**, *O Personalismo*, Lisboa, Ariadne, 2005.
- NEVES, M. C.**, *Comissões de Ética*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2ª edição, 2004.
- NEVES, M. C.**, *Bioética ou Bioéticas*, Gráfica de Coimbra, Coimbra, 2ª edição, 2004.
- NABERT, JEAN**, *Le désir de Dieu*, Paris, Aubier-Montaigne, 1966.
- NABERT, JEAN**, *Elements for an Ethic*, Northwester University, 1969.
- NUNES, CRISTINA BRANDÃO**, *A Ética Empresarial, e os Fundos Socialmente Responsáveis*, Porto, Vida económica, 2004.
- PÉRES, RAFAEL GÓMES**, *Ética Empresarial*, Rialp, Madrid, 3ª ed., 1999.
- REICH, W. T.**, *Encyclopedia of Bioethics*, New York, Macmillan, 1995.
- RENAUD, M.**, *A Vida Ética. Percursos Hermenêuticos II*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- RENAUD, M, ARCHER, L., OSSWALD, W.**, *Novos Desafios à Bioética*, Lisboa, Porto Editora, 1992.
- RESWEBER, J.-P.**, *A Filosofia dos Valores*, Coimbra, Almedina, 2002.
- RICOEUR, PAUL**, *O Si-Mesmo como Um Outro*, São Paulo, Papirus Editora, 1990.

**SCHELER, MAX**, *Le Formalisme en Étique, et L'Étique Materiale des Valeurs*, Paris, Gallimard, 7<sup>a</sup> ed., 1955.

**SCHELER, MAX**, *On Feeling, Knowing, and Valuing*, The University of Chicago, London, Press, , 1992.

**SGRECCIA, ELIO**, *Manuale Di Bioetica, I Fondamenti Ed. Ética Biomédica*, Milano, Vita e Pensiero, 1989.

**SGRECCIA, ELIO**, *Manuale Di Bioetica, II Aspetti Medico-Sociali*, Milano, Vita e Pensiero, 1989.

**SGRECCIA, ELIO** (organizado por), AAVV, “Valori Morali per la Salute Dell’Uomo”, *Ressegna di Teologia*, Uomo e Salute, Vecenza, 1979, pp. 390-396.

**SHAWN, TERRY, LEWIS J. KAPAL.**, Ethical Imperatives in Staffing and Managing a Trauma Intensive Unit, in *Critical Care Medicine* (suplement), Vol 35, February 2007, n° 2.

**THOMPSON, DAN. R.**, Principles of Ethics: In Managing a Critical Care Unit, in *Critical Care Medicine* (suplement), Vol 35, February 2007, n° 2.

**TODD DORMANN, RONALD PAULDINE**, “Economic Stress and Misaligne Incentives in Critical Care Medicine in the United States”, in *Critical Care Medicine* (suplement), Vol 35, February, 2007, n° 2.

**WIGGINS, DAVID**, *Needs, Values, Truth*, Oxford, Basil Blackwell, 1987.

**VALADIER, PAUL**, *A Anarquia dos Valores*, Lisboa, Piaget, 1999.

**VALADIER, PAUL**, *Inevitável Moral* , Lisboa, Piaget, 1998.

**VERSTRATEN; JOAN**, *Business Ethics*, Peters, Belgium, Leuven, 2000.