



PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA¹

Jussara de Azambuja Loch²

INTRODUÇÃO:

Com o surgimento da Bioética, na década de 70, era necessário estabelecer uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que emergiam da prática da assistência à saúde. Em 1979, os norte americanos Tom L. Beauchamp e James F. Childress publicam um livro chamado “Principles of Biomedical Ethics”, onde expõem uma teoria, fundamentada em quatro princípios básicos - não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça - que, a partir de então, tornar-se-ia fundamental para o desenvolvimento da Bioética e daria uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes.¹ Estes quatro princípios, que não possuem um caráter absoluto, nem têm prioridade um sobre o outro, servem como regras gerais para orientar a tomada de decisão frente aos problemas éticos e para ordenar os argumentos nas discussões de casos.²

O Principlismo de Beauchamp e Childress baseia-se em teorias éticas deontológicas e consequencialistas,³ mais precisamente nas idéias de William David Ross e William Frankena, sendo influenciado também pelo “The Belmont Report”, um documento elaborado por uma comissão nacional e publicado pelo governo dos Estados Unidos da América em 1978, que define as bases éticas para a proteção dos seres humanos submetidos à pesquisa biomédica, onde são reconhecidos os princípios da beneficência, da justiça e a necessidade do consentimento pós-informação em respeito à autonomia dos sujeitos pesquisados.⁴

Em seu livro “The Right and the Good”, de 1930, William David Ross expressa o conceito de que a vida moral está fundamentada em alguns princípios básicos, evidentes e incontestáveis, que todos os seres humanos consideram obrigatórios numa primeira consideração e chamou-os de deveres *prima facie*.^{5,6} Os deveres *prima facie* são obrigações que devem ser cumpridas a não ser que conflitem, numa situação determinada, com outra obrigação igual ou mais forte.² Entre os deveres *prima facie* de Ross, estão a beneficência, a não maleficência e a justiça.

Décadas mais tarde, em 1963, quando publica o livro “Ethics”, o filósofo William Frankena, constrói sua teoria em consonância com as idéias de Ross e diz que são dois os princípios básicos ou deveres *prima facie*: a beneficência e a justiça ou equidade.⁷

Beauchamp e Childress transportaram estas idéias para o Principlismo, dizendo que, em Bioética, há quatro destas obrigações ou deveres *prima facie*: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Assim, para estes autores, o ponto de partida para orientar qualquer discussão ética deve ser a análise destas quatro condições, de como elas podem ser melhor respeitadas em cada caso.

Desde seu aparecimento, o Principlismo gerou críticas. O problema reside no caráter relativo dos princípios, fazendo com que surjam conflitos entre eles porque, na prática, nem sempre se pode respeitá-los igualmente. Por outro lado, tem a vantagem de ser operacional, constituindo-se em parte necessária, apesar de nem sempre suficiente, para a tomada de decisão. Os princípios facilitam e ordenam a análise dos casos concretos e, a partir de então, se pode necessitar de outros valores para aprofundar a análise ética. Na Bioética contemporânea, é

¹ Este artigo foi publicado em: Kipper DJ. (editor) Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002. p. 12-19

² Médica Pediatra, Mestre em Bioética pela Universidade do Chile, Prof. Assistente Depto. de Pediatria da FAMED/PUCRS, Coordenadora do Comitê de Bioética da FAMED e HSL/PUCRS



consenso que o Princípio da Primazia apresenta um conjunto de postulados básicos que não podem ser ignorados mesmo que não tenham, reconhecidamente, um caráter incondicional de princípios.⁸

Este capítulo se propõe a definir cada um destes conceitos à luz da teoria principialista e comentar algumas questões específicas da sua utilização no exercício da Pediatria. Não foi escrito para esgotar a fundamentação filosófica e ética da teoria principialista. Para tal, é necessário que os leitores utilizem as referências bibliográficas do final desta exposição.

O PRINCÍPIO DE NÃO MALEFICÊNCIA:

De acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente. Considerado por muitos como o princípio fundamental da tradição hipocrática da ética médica, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos”.⁶ Este preceito, mais conhecido em sua versão para o latim (*primum non nocere*), é utilizado frequentemente como uma exigência moral da profissão médica. Trata-se, portanto, de um mínimo ético, um dever profissional, que, se não cumprido, coloca o profissional de saúde numa situação de má-prática ou prática negligente da medicina ou das demais profissões da área biomédica.

A Não Maleficência tem importância porque, muitas vezes, o risco de causar danos é inseparável de uma ação ou procedimento que está moralmente indicado. No exercício da medicina este é um fato muito comum, pois quase toda intervenção diagnóstica ou terapêutica envolve um risco de dano. Por exemplo, uma simples retirada de sangue para realizar um teste diagnóstico tem um risco de causar hemorragia no local punccionado. Do ponto de vista ético, este dano pode estar justificado se o benefício esperado com o resultado deste exame for maior que o risco de hemorragia. A intenção do procedimento é beneficiar o paciente e não causar-lhe o sangramento. No exemplo anterior, as consequências do dano são pequenas e certamente não há risco de vida. Porém, se o paciente tiver problemas de hemostasia, este risco ficará aumentado. Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento para que este possa ser considerado um ato eticamente correto.

O PRINCÍPIO DE BENEFICÊNCIA:

A beneficência tem sido associada à excelência profissional desde os tempos da medicina grega, e está expressa no Juramento de Hipócrates: “Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los”.⁹

Beneficência quer dizer fazer o bem. De uma maneira prática, isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Este conceito, quando é utilizado na área de cuidados com a saúde, que engloba todas as profissões das ciências biomédicas, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. É usar todos os conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios do procedimento a realizar.⁸

O princípio da Beneficência obriga o profissional de saúde a ir além da Não Maleficência (não causar danos intencionalmente) e exige que ele contribua para o bem estar dos pacientes, promovendo ações: a) para prevenir e remover o mal ou dano que, neste caso, é a doença e a incapacidade; e b) para fazer o bem, entendido aqui como a saúde física, emocional e mental. A Beneficência requer ações positivas, ou seja, é necessário que o profissional atue para beneficiar seu paciente. Além disso, é preciso avaliar a utilidade do ato, pesando benefícios *versus* riscos e/ou custos. Por exemplo, um pesquisador submete um protocolo de investigação ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição: se espera que o investigador esclareça quais são os riscos para os sujeitos pesquisados e quais são os benefícios esperados com o estudo, tanto para os



participantes como para a sociedade em geral, e, então, argumente porque os possíveis benefícios sobrepujam os riscos, pois só neste caso a pesquisa é considerada eticamente correta ou adequada. O mesmo raciocínio pode ser utilizado para os procedimentos da prática clínica, com o intuito de definir a sua utilidade e beneficência.

O PRINCÍPIO DE RESPEITO À AUTONOMIA:

Autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para que ela possa exercer esta autodeterminação são necessárias duas condições fundamentais:

- a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas;
- b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição.²

Já o respeito à Autonomia significa ter consciência deste direito da pessoa de possuir um projeto de vida próprio, de ter seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções.^{1,2} Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do homem, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade.^{10, 11}

Este princípio está eticamente fundamentado na dignidade da pessoa humana. Beauchamp e Childress buscam subsídio em Immanuel Kant e em John Stuart Mill para justificar o respeito à autodeterminação. I. Kant, em sua ética deontológica, explicita que a dignidade das pessoas provém da condição de serem moralmente autônomas e que, por isso, merecem respeito. Diz, ainda, que é um dever moral tratar as pessoas como um fim em si mesmas e nunca apenas como um meio. Apesar de pertencer a uma corrente filosófica diferente do deontologismo kantiano, J.S. Mill, um dos expoentes do utilitarismo anglo-saxão do séc. XIX, posiciona-se de maneira semelhante quando escreve que deve ser permitido aos cidadãos se desenvolverem de acordo com suas convicções pessoais, desde que não interfiram com a mesma expressão de liberdade dos outros.²

Na prática assistencial, é no respeito ao princípio de Autonomia que se baseiam a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Este princípio obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do problema, condição essencial para que o paciente possa tomar uma decisão. Respeitar a autonomia significa, ainda, ajudar o paciente a superar seus sentimentos de dependência, equipando-o para hierarquizar seus valores e preferências legítimas para que possa discutir as opções diagnósticas e terapêuticas.

Esta é, de maneira muito resumida, a essência do consentimento informado, resultado desta interação profissional/paciente. O consentimento informado é uma decisão voluntária, verbal ou escrita, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, para a aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências.¹² Não deve ser entendido, portanto, como um documento firmado por ambas as partes – o qual contempla muito mais o aspecto legalista do problema – mas sim como um processo de relacionamento onde o papel do profissional de saúde é o de indicar as opções, seus benefícios, seus riscos e custos, discuti-las com o paciente e ajudá-lo a escolher aquela que lhe é mais benéfica.

Existem algumas circunstâncias especiais que limitam a obtenção do consentimento informado:

- a) a incapacidade: tanto a das crianças e adolescentes como aquela causada, em adultos, por diminuição do sensorio ou da consciência, e nas patologias neurológicas e psiquiátricas severas;



- b) as situações de urgência, quando se necessita agir e não se pode obtê-lo;
- c) a obrigação legal de declaração das doenças de notificação compulsória;
- d) um risco grave para a saúde de outras pessoas, cuja identidade é conhecida, obriga o médico a informá-las mesmo que o paciente não autorize;
- e) quando o paciente recusa-se a ser informado e participar das decisões.¹

O PRINCÍPIO DE JUSTIÇA:

A ética biomédica tem dado muito mais ênfase à relação interpessoal entre o profissional de saúde e seu paciente, onde a beneficência, a não maleficência e a autonomia têm exercido um papel de destaque, ofuscando, de certa maneira, o tema social da justiça. Justiça está associada preferencialmente com as relações entre grupos sociais, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, numa tentativa de igualar as oportunidades de acesso a estes bens.⁸

O conceito de justiça, do ponto de vista filosófico, tem sido explicado com o uso de vários termos. Todos eles interpretam a justiça como um modo justo, apropriado e eqüitativo de tratar as pessoas em razão de alguma coisa que é merecida ou devida à elas. Estes critérios de merecimento, ou princípios materiais de justiça, devem estar baseados em algumas características capazes de tornar relevante e justo este tratamento. Como exemplos destes princípios materiais de justiça pode-se citar: ²

1. Para cada um, uma igual porção
2. Para cada um, de acordo com sua necessidade.
3. Para cada um, de acordo com seu esforço.
4. Para cada um, de acordo com sua contribuição.
5. Para cada um, de acordo com seu mérito.
6. Para cada um, de acordo com as regras de livre mercado.

Algumas teorias de justiça incluem mais de um destes princípios, ou mesmo todos, como válidos para decidir qual seria a distribuição mais justa de bens e recursos. Cada um destes argumentos pode ser visto como um dever *prima facie* e, dependendo das circunstâncias de cada caso particular, são mais - ou menos - aplicáveis como critério.

Com a crescente socialização dos cuidados com a saúde, as dificuldades de acesso e o alto custo destes serviços, as questões relativas à justiça social são cada dia mais prementes e necessitam ser consideradas quando se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de uma distribuição justa de assistência à saúde das populações.

A ética, em seu nível público, além de proteger a vida e a integridade das pessoas, objetiva evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social.¹ Neste contexto, o conceito de justiça deve fundamentar-se na premissa que as pessoas têm direito a um mínimo decente de cuidados com sua saúde. Isto inclui garantias de igualdade de direitos, equidade na distribuição de bens, riscos e benefícios, respeito às diferenças individuais e a busca de alternativas para atendê-las, liberdade de expressão e igual consideração dos interesses envolvidos nas relações do sistema de saúde, dos profissionais e dos usuários.

CONFLITOS DE BENEFICÊNCIA X AUTONOMIA NA PRÁTICA PEDIÁTRICA:

A maioria das discussões na literatura a respeito do exercício da autonomia do paciente, refere-se a procedimentos e tratamentos em pessoas adultas e competentes, ou seja, capazes de entender sua situação de saúde/doença e de assimilar as informações relevantes que lhes permitirão uma tomada de decisão adequada. Em Pediatria, surge a importante questão da falta de competência das crianças para decidir. Como elas não preenchem as condições mínimas para fazer escolhas autônomas e racionais, torna-se necessário que outras pessoas decidam por elas (decisões de substituição ou *proxy consent*).



É razoável assumir que os pais são as pessoas que melhor conhecem seu filho, que, motivados pelo amor, têm o maior interesse por seu bem-estar e que têm a maior probabilidade de agir para o benefício daquela criança em particular.¹² O direito dos pais de decidir pelos filhos está fundamentado nos deveres inerentes à condição de ser pai/mãe, num contexto sócio-cultural que prioriza a responsabilidade parental e a integridade da família. Portanto, a concepção dos pais sobre o que é o melhor para a criança deve, na maioria das vezes, ser respeitada. Na ausência dos pais, ou quando estes são incapazes para decidir (por exemplo, incapacitação severa por drogadição, alcoolismo, distúrbios psiquiátricos ou neurológicos), se pode solicitar a presença de outros parentes ou ainda solicitar a intervenção do judiciário para nomear um tutor legal que represente os melhores interesses da criança.

A tomada de decisão, envolvendo pacientes pediátricos, deve ser uma responsabilidade compartilhada entre equipe de saúde e pais. A permissão informada dos pais deve ser sempre buscada antes de qualquer intervenção, salvo em situações de emergência, quando os pais não podem ser localizados. Algumas vezes, a aplicação do princípio de Beneficência pode ser complicada por conflitos entre as concepções da equipe de saúde e dos responsáveis sobre o que é melhor para a criança. A conciliação entre estas duas abordagens deve sempre ser buscada, através de um diálogo esclarecedor, com informações acessíveis ao nível de compreensão dos responsáveis, na tentativa de convencê-los dos benefícios do procedimento proposto pela equipe, esclarecendo-os também sobre os riscos.

Nem sempre será possível um consenso e, nestes casos, será necessário o confronto e a discordância com os pais como parte do processo de garantir um bom cuidado à saúde da criança, porque a responsabilidade de beneficência do pediatra para com seu paciente existe independentemente da vontade dos pais ou do consentimento *by proxy*.^{14, 15}

É papel do pediatra, à medida que seus pacientes se tornam mais velhos e mais capazes, inclui-los no processo de tomada de decisão, juntamente com seus pais. Esta participação gradual de uma criança na tomada de decisão é chamada de assentimento (diferentemente do consentimento que é dado por uma pessoa adulta e totalmente capaz). Segundo a Academia Americana de Pediatria, o assentimento deve incluir, no mínimo, os seguintes elementos:¹⁵

- a. ajudar o paciente, de maneira apropriada a seu grau de desenvolvimento, a entender a natureza de sua condição;
- b. explicar ao paciente o que ele pode ou deve esperar com os exames e tratamento(s).
- c. fazer uma avaliação clínica do grau de compreensão que o paciente tem de sua situação e dos fatores que possam estar influenciando suas respostas (inclusive se está havendo pressão desproporcionada para que ele aceite os procedimentos)
- d. solicitar uma expressão da vontade do paciente para aceitar os cuidados propostos. (Nenhum profissional deveria solicitar opinião a um paciente sem a séria intenção de levá-la em consideração. Em situações graves, em que o tratamento proposto se impõe, independente da aceitação ou não por parte da criança, ela deve ser informada – e não perguntada – sobre este fato, e jamais deve ser enganada.)¹⁵

Escolares e pré-adolescentes já têm capacidade para opinar sobre várias questões relacionadas à sua saúde e, aos adolescentes com capacidade para avaliar seus problemas e solucioná-los, é necessário que se garanta a privacidade e confidencialidade (Art.103 do Código de Ética Médica), dando-lhes a possibilidade de tomar decisões sobre questões de caráter pessoal e que não se constituam em risco de vida para os mesmos.^{15, 16} Ao incluir o paciente pediátrico nas decisões, o pediatra estará reconhecendo e respeitando as crescentes capacidades de participação e auto-determinação inerentes ao desenvolvimento moral do ser humano.

RESUMO:



- O Princípio do Bem é um conjunto de postulados básicos que, mesmo não possuindo um caráter de princípios absolutos, serve para ordenar as discussões bioéticas.
- Não maleficência, Beneficência, Respeito a Autonomia e Justiça são deveres *prima facie*, ou seja, obrigações que devem ser cumpridas, a não ser que entrem em conflito com outro dever igual ou mais forte.
- A vantagem do Princípio do Bem é ser operacional, facilitando a análise dos casos, e constitui-se num componente necessário do debate bioético.
- Sua desvantagem é que nem sempre é suficiente a análise destas quatro condições, tendo-se que buscar em outras teorias éticas a fundamentação para resolver os conflitos.
- Em Pediatria, a Autonomia do paciente está ausente ou limitada, necessitando-se da presença dos pais ou responsáveis para responder pelos melhores interesses da criança, até que esta atinja um grau de desenvolvimento e maturidade que lhe permitam participar das decisões a respeito de sua saúde.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gracia, D. Ética y Vida – Estudios de Bioética. v.1. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho, 1998
 2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ed. New York: Oxford University Press, 1994
 3. Solomon WD. Normative Ethical Theories. In: Reich WT, ed. Encyclopedia of Bioethics. v.2. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995
 4. The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978
 5. Ross, WD The Right and the Good. Oxford: Clarendon Press, 1930
 6. Kipper DJ, Clotet J. Princípios de Beneficência e Não-Maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998
 7. Frankena WK. Ethics. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1963
 8. Kottow MH. Introducción a la Bioética. Santiago, Chile: Ed. Universitaria, 1995
 9. Hippocrates. The Oath. Loeb Classical Library, v.1, reprint. Harvard, Massachusetts, 1992
 10. Munhoz DR, Fortes PAC. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V., coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998
 11. Sgreccia E. Manual de Bioética. I- Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola, 1996
 12. Clotet J. O Consentimento Informado: uma questão do interesse de todos. Jornal do Conselho Federal de Medicina. n. 122/123 Brasília: CFM, 2000
 13. Graham P. Children: Problems in Pediatrics. In: Gillon R, ed. Principles of Health Care Ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994
 14. Loch JA. Aspectos Éticos em Imunização Infantil, Sessão Caso Clínico, In: Bioética, vol.4, nº2, Conselho Federal de Medicina, 1996
 15. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission and Assent in Pediatric Practice. Pediatrics, 1995
- Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Rio de Janeiro: CFM, 1988.