Bioética: uma atualização necessária para a ética da medicina

Bioethics: a necessary update for the ethics of medicine

Jussara de Azambuja Loch[1]

RESUMO

A Bioética é responsável por uma atualização dos conceitos tradicionais da Ética Médica, pois se ocupa, entre outras tarefas, de discutir os conflitos morais surgidos no cotidiano da assistência à saúde, modificando atitudes profissionais no contexto da relação médico-paciente. Este artigo discute algumas questões relacionadas ao tema, oferecendo um breve histórico do surgimento, desenvolvimento e perspectivas dessa ética aplicada no mundo contemporâneo, como um espaço de encontro, onde todos os segmentos sociais, de maneira reflexiva e prudente, possam produzir consensos, seguindo princípios éticos aceitáveis para todos e passem a visualizar de forma humana situações trazidas pela nova geração de ciências e direitos da sociedade de risco em que se inserem.

UNITERMOS: Ética Médica, Bioética.

ABSTRACT

Bioethics is responsible for the updating of traditional concepts in Medical Ethics, since it is concerned, among other things, with discussing the moral conflicts arising in everyday healthcare, thus affecting professional attitudes in the context of the physician-patient relationship. This paper discusses some issues related to this topic, providing a brief history of the emergence, development, and perspectives of this ethics applied to the contemporary world, as a meeting venue where all social segments may reflexively and prudently reach consensus, following ethical principles that are acceptable to everyone, so as to begin to approach humanely the situations brought by the new generation of sciences and the rights of the risk society in which they are included.

KEYWORDS: *Medical Ethics, Bioethics.*

Atualmente, ética e saúde estão reunidas numa ciência chamada Bioética. Com origem nos Estados Unidos da América, na década de 1960, constitui-se em uma nova área de reflexão, uma consequência dos importantes avanços nas ciências biomédicas, ambientais e sociais (1), as quais tornaram imprescindível repensar o significado da vida e da morte, sobre o alívio da dor e sofrimento, sobre as vulnerabilidades da natureza e do homem e sobre nossas responsabilidades, enquanto sociedade, para com os outros e a natureza em face das graves ameaças que este poder científico pode trazer à saúde e ao bem-estar da humanidade e do planeta em que vivemos. A Bioética vem transformando os conceitos tradicionais da Ética Médica, pois se ocupa, entre outras tarefas, de discutir os conflitos morais surgidos no cotidiano da assistência à saúde, modificando as atitudes dos profissionais da área, no contexto das relações com seus pacientes.

A Medicina, em seus primórdios (1.500 AC), ensinada nos templos da Mesopotâmia e do Egito, era considerada uma arte mágico-religiosa. Concebia as doenças como castigos divinos àqueles que haviam praticado uma ofensa aos Deuses e seus desígnios. No milênio que antecedeu a Cristo, quando o centro da civilização transferiu-se do Egito para a Grécia, nasceram os conceitos de medicina racional e de ética médica (2). A filosofia grega proporcionou uma visão racional e especulativa para a compreensão da saúde e das enfermidades, fazendo surgir o que se pode chamar de "profissão" médica. Libertos da magia, dos ritos religiosos e da tradição, esses precursores da ciência foram os primeiros a considerar que esses acontecimentos não eram milagres ou castigos, mas sim explicáveis por sistemas de leis que regiam a natureza.

Hipócrates foi o responsável por introduzir a observação clínica para entender sinais e sintomas e por formular um código de etiqueta e comportamento profissionais, lançando as bases da expectativa social a respeito do médico, que, de certa forma, persiste até nossos dias. A escola médica fundada por ele foi a mais expressiva daquela época e, através dos escritos de seus seguidores, chegou até nossos dias uma razoável documentação dos preceitos que defini-

[1] Médica Pediatra. Doutora em Pediatria pela UFRGS, Mestre em Bioética pela Universidad de Chile. Diretora do Instituto de Bioética da PUCRS, Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da PUCRS, Membro do Departamento Científico de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria e Membro da Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética do CREMERS.

23-seção bioética.pmd 308 28/9/2009, 13:29

am a boa prática profissional: o médico grego deveria possuir, além de uma aparência saudável, atributos como serenidade e autocontrole, compaixão e dedicação, e atitudes de objetividade, responsabilidade e compromisso com o bem-estar do doente.

O mais conhecido desses documentos é o Juramento Hipocrático, considerado o paradigma da ética médica. O juramento estabelece a profissão médica como um compromisso público, exigindo daquele que a professa a excelência no que faz através de grandes qualidades morais. Este juramento solene e sagrado definia o caráter interno, privado e ético da responsabilidade profissional do médico hipocrático, acarretando um forte compromisso de exercer a profissão conforme suas normas, elevando a medicina a um *status* especial que a diferenciava de outros ofícios e ocupações, colocando o médico em um nível superior de comprometimento, dando-lhe o direito, ou o dever, de fazer ou omitir certos atos que eram proibidos, ou não próprios, aos indivíduos comuns (3). O juramento explicita alguns critérios éticos que se tornaram tradicionais para a prática médica e, entre eles, estão os princípios da beneficência ("*Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão...*") e o da não maleficência ("*... e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja*".) (4).

Durante a Idade Média, a interpretação hipocrática da medicina ocidental recebe a influência da moralidade cristã. Apesar de que a primeira escola médica leiga tenha surgido no século X, promovendo o treinamento de habilidades daqueles que desejavam seguir a profissão, até o século XII, a medicina era praticada principalmente nos monastérios, oferecendo tratamento gratuito para os pobres e se ocupando dos pacientes terminais. Os princípios de beneficência e de não maleficência passavam a se associar, então, aos valores da fé cristã, como compaixão e caridade, para nortear a conduta profissional.

Do século XV ao XVIII, o interesse científico (que origina a anatomia, a fisiologia e a epidemiologia), a invenção da imprensa e a criação das universidades desenvolvem a prática da medicina e possibilitam maior disseminação do saber da época. O médico era um estudioso das ciências em geral, considerado um humanista.

Nos séculos XVIII e XIX, em decorrência do niilismo terapêutico, se desenvolve a arte do diagnóstico e do raciocínio sindrômico. Aparecem as primeiras especialidades médicas e criam-se os primeiros hospitais gerais. Como as demais profissões, a medicina se estrutura e, da confiança nas implícitas e não sistemáticas noções do médico como um *gentleman*, desenvolvem-se códigos escritos sobre a conduta médica e perspectivas teóricas a respeito de assuntos específicos na ética médica.

Em 1803, Thomas Percival publica o livro *Medical Ethics* (5), considerado o primeiro código de deveres profissionais, no qual o autor define um sistema geral de ética médica, onde a etiqueta oficial e o relacionamento mútuo entre os pares são regulados por princípios definidos e reconhecidos de urbanidade e retidão. A partir de então, os documentos deontológicos se revestem de um caráter corporativista, servindo muito mais como proteção aos profissionais do que propriamente como um código de preceitos morais.

Tanto a sociedade como a medicina, através dos séculos, conferem ao médico um papel de tutor ou pai poderoso, enquanto o doente é visto como incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, numa atitude passiva de obediência às resoluções do primeiro. Historicamente, a beneficência (fazer tudo que for possível em benefício do paciente), princípio que sempre dominou a ética médica, possui um sentido de autoridade moral, e, em nome dela, se realizam todos os atos médicos, independente da vontade do paciente. Esse modelo paternalista de relação clínica – tradicionalmente utilizado na medicina – caracteriza-se por um caráter vertical e assimétrico, onde o médico, como um pai, deve colocar-se acima e ordenar, enquanto o doente, como um filho, deve acatar as ordens, num papel infantilizado e submisso (3).

Esse paradigma começa a sofrer transformações no século XX. A partir da Segunda Guerra Mundial, as atrocidades cometidas nos campos de concentração nazistas iniciaram as discussões sobre os direitos das pessoas de autorizar ou não a realização de experiências sobre seus corpos. Em 1947, surge o Código de Nuremberg, primeiro documento que reconhece a capacidade de autodeterminação do sujeito de pesquisa e menciona a necessidade de que o participante de qualquer experimento deve dar um consentimento livre e esclarecido para ser incluído num projeto de investigação.

Ainda nesse século, a década de 50 trouxe um grande avanço para as ciências em geral. Na área biológica, por exemplo, a descoberta por Watson e Crick da estrutura do DNA abriu uma perspectiva nova na compreensão do corpo humano, seu funcionamento e o desenvolvimento de técnicas como a da hemodiálise, da reanimação cardiopulmonar, da ventilação mecânica e dos transplantes possibilitaram aos profissionais de saúde irem além do convencional para salvar a vida. Essas conquistas expandiram o universo dos conhecimentos científicos e das inovações tecnológicas, alterando definitivamente o que pode ser feito para curar, aperfeiçoar e prolongar a vida do corpo e da mente humana, agindo de forma nunca antes vista sobre as vulnerabilidades da natureza e do ser humano.

Em meio a essas metamorfoses decorrentes do progresso biotecnológico, inicia-se um movimento para articular as capacidades do conhecimento científico com as ideias filosóficas e com os valores humanos, surgindo uma nova ciência – uma ética aplicada –, que, em 1970, é chamada por Van Rensselaer Potter de "bioética". Inicialmente, a bioética era uma reflexão muito ampla sobre a utilização dos recursos tecnológicos disponíveis sobre todas as formas de vida do planeta. Aos poucos, essa ciência se dirige mais es-

23-seção bioética.pmd 309 28/9/2009, 13:29

pecificamente para os cuidados com a saúde dos seres humanos, tanto que, em 1978, W.T. Reich assim a define: "É o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados com a saúde, enquanto esta conduta é examinada à luz dos valores e dos princípios morais" (6).

Essa interpretação acaba por difundir-se nos meios científicos e fortificar-se com a publicação, nos Estados Unidos, em 1979, do livro *The Principles of Biomedical Ethics* por Tom Beauchamp e James Childress (7). Sua teoria é rapidamente assimilada pela discussão bioética nas primeiras duas décadas de sua existência. Esses autores elegem uma linguagem de quatro princípios básicos que, no seu entendimento, permite o melhor manejo dos conflitos morais surgidos na prática clínica: beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça.

A beneficência, como já vimos, origina-se da ética médica clássica e, do ponto de vista prático, quando este conceito é utilizado na área dos cuidados com a saúde, significa fazer o que é melhor para o paciente, não só do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. O princípio da beneficência obriga o profissional de saúde a ir além de não causar danos intencionalmente (princípio da não maleficência), exigindo que ele atue positivamente, promovendo ações para prevenir e remover o mal ou dano (a doença e/ou a incapacidade) e ações para fazer o bem, entendido aqui como a busca da saúde física, emocional e mental do paciente. Para decidir se um ato é beneficente, o médico deve avaliar as vantagens, os riscos e os custos que esta ação acarreta para o doente, isto é, avaliar a sua utilidade e consequências. Portanto, a conceituação atualizada do princípio de beneficência pode ser expressa como a utilização de 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 ser realizado (7).

O princípio de não maleficência também tem suas origens na medicina hipocrática e define que o profissional, ao realizar um ato diagnóstico ou terapêutico, não deve ter como objetivo, como intenção, utilizá-lo para causar dano ao paciente. É comum na prática médica que as intervenções tenham efeitos secundários que, certamente, são indesejáveis. No entanto, o objetivo primeiro do profissional de saúde, ao propor ao paciente determinado procedimento, deve ser o de obter benefícios maiores do que os possíveis riscos ou danos colaterais para o paciente, pois do contrário estaria perpetuando um ato maleficente.

As pessoas doentes, apesar de sua discutível passividade, impotência e fragilidade, podem ser protagonistas de sua vida e tratamento. Por esse motivo, devem ser respeitadas, ouvidas e consultadas (8). No entanto, para que um paciente possa exercer sua autodeterminação são fundamentais, não só possuir a capacidade para agir intencionalmente, que está condicionada a compreender, avaliar e deliberar para escolher coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas, como também estar livre de qualquer influência coercitiva para chegar a essa decisão (7). Assim, a autonomia pressupõe que o paciente seja competente e capaz de entender sua situação de saúde/doença e de assimilar as informações relevantes que lhe permitirão uma tomada de decisão adequada.

O terceiro princípio proposto por Beauchamp e Childress é o de respeito a essa autonomia do paciente, o qual se fundamenta na concepção de que existem *direitos humanos*, que são prioritários em relação a qualquer outro interesse. Nesse entendimento, o progresso científico, os procedimentos, os tratamentos e a pesquisa na área da saúde só podem ser aplicados sobre os seres humanos quando estas intervenções forem destinadas a favorecer o próprio indivíduo, cujos interesses devem prevalecer em relação aos interesses da ciência ou da sociedade.

Esse princípio está eticamente fundamentado na dignidade da pessoa humana. Os criadores do principialismo buscam subsídios em Immanuel Kant e John Stuart Mill para justificar o respeito à autodeterminação. Kant, em sua ética de deveres, explicita que a dignidade das pessoas provém da condição de serem moralmente autônomas e que, por isso, merecem respeito. Diz, ainda, que é uma obrigação moral tratar as pessoas como um fim em si mesmas e nunca apenas como um meio. John S. Mill, um dos expoentes do utilitarismo anglo-saxão do século XIX, apesar de pertencer a uma corrente filosófica diferente do deontologismo kantiano, posiciona-se de maneira semelhante quando afirma 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 (9).

O reconhecimento e a atenção aos direitos dos pacientes cumpre uma função importante na sociedade e uma notável contribuição ao exercício da solidariedade e justiça social. (8) O princípio de respeito à autonomia obriga o profissional de saúde a dar ao paciente a mais completa informação possível, com o intuito de promover uma compreensão adequada do seu problema, condição essencial para que o paciente possa decidir (7). Toda vez que a autonomia estiver diminuída (como, por exemplo, no caso das crianças, dos doentes psiquiátricos ou nas patologias neurológicas severas), esses pacientes devem ser protegidos e representados por uma pessoa capaz de decidir em seu lugar.

Na prática assistencial, é no respeito ao princípio de autonomia que se baseia a aliança terapêutica entre o profissional de saúde e seu paciente e o consentimento para a realização de diagnósticos, procedimentos e tratamentos. Respeitar a autonomia significa reconhecer que o paciente possui este direito. O médico deve ajudá-lo a superar seus sentimentos de dependência, equipando-o para hierarquizar seus legítimos valores e preferências para que ele possa discutir e decidir entre as opções diagnósticas e terapêuticas (9). Esta é, de maneira resumida, a essência do consentimento informado: uma decisão voluntária, verbal ou escri-

23-seção bioética.pmd 310 28/9/2009, 13:29

ta, protagonizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências (10). O consentimento informado, portanto, não deve e não pode ser entendido apenas 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 e informação,* 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.

As mudanças econômicas e sociais que aconteceram principalmente durante as últimas décadas do século XX trouxeram modificações radicais aos sistemas de assistência à saúde. A socialização dessa assistência, a desigualdade de acesso aos serviços, a impossibilidade econômica de atender as necessidades de saúde das populações originou o desafio de pensar o que seria moralmente justo para contemplar essas demandas. Por isso, o principialismo sugere que o princípio de justiça também deva ser considerado na análise dos conflitos morais da prática clínica. Do ponto de vista coletivo, o princípio de justiça preocupa-se com o acesso igualitário de todas as pessoas aos serviços sanitários e com a distribuição equitativa de recursos econômicos limitados e escassos na área dos cuidados de saúde e quais os critérios que devem ser utilizados para solucionar, de maneira justa, essas questões.

Na Bioética contemporânea, existem outras propostas metodológicas para análise de conflitos morais, mas é impossível negar a importância do principialismo para o desenvolvimento dessa ética aplicada, constituindo-se em matéria obrigatória para aqueles que pretendem introduzir-se no tema. No exercício da medicina, hoje em dia, é impossível orientar a conduta apenas pelas normas do Código de Ética Médica, pois alguns dos problemas que se apresentam sequer estão contemplados naquelas normas. Por isso a necessidade da ética propriamente dita e dos seus conceitos de dignidade e autonomia (11). A reflexão que a Bioética introduz sobre a conduta dos profissionais de saúde, sobre a emancipação dos pacientes, sobre a socialização do atendimento médico e o consequente reconhecimento do direito dos cidadãos de serem assistidos em suas demandas de saúde, tem como objetivo ampliar as questões deontológicas preexistentes, provocando uma progressiva transformação no modelo tradicional, histórico e paternalista da relação clínica e da chamada ética médica. Nesta nova concepção, o relacionamento do médico com seu paciente se torna mais equilibrado, horizontalizado, onde o papel do primeiro é, à luz dos seus conhecimentos técnicos, propor as alternativas mais adequadas, informar o paciente sobre os benefícios, riscos e desconfortos de adotar tal procedimento, esclarecer sobre as alternativas existentes e ajudá-lo a esclarecer dúvidas e valores para que este possa, depois de entender racionalmente a proposta terapêutica, decidir o que é melhor para si. Nesse modelo, o paciente é considerado capaz e autônomo, com voz e responsabilidade sobre a tomada de decisão de acordo com seus legítimos interesses e valores. O critério que rege essa interação é o processo de consentimento livre e esclarecido, tornando a relação clínica mais justa, beneficente e respeitosa para com o paciente.

Dessa forma, a Bioética vem atualizar definitivamente a reflexão ética das profissões da área da saúde, já que a disparidade existente entre as opiniões morais sobre temas básicos, como são todos aqueles relacionados com a vida e a morte, evidencia o pluralismo moral da sociedade contemporânea. De outro lado, é preciso admitir que não existem normas únicas para resolver as diversas situações que possam se apresentar (11). Diego Gracia nos recorda que, nos tempos atuais, não é mais possível considerar apenas um caminho para afirmar princípios deontológicos como absolutos baseados em éticas de convicção. Por isso, a partir do século XX, a ética precisa estar fundamentada na ideia de responsabilidade. Precisamente porque os princípios deontológicos não são absolutos; é necessário aplicá-los a cada caso, após uma profunda análise do contexto, já que, de outro modo, a decisão não poderia ser considerada como responsável. Esta, diz o autor, é a via utilizada pelas éticas da responsabilidade para a solução dos conflitos, entre as quais se situa, em lugar de destaque, a Bioética (12).

A Bioética, como ética civil e secular, propõe o respeito às mais diversas crenças, valores e à liberdade de consciência; como ética pluralista, acata a diversidade de opiniões e luta por soluções que possam ser universalizáveis, sem prejuízo de uns em detrimento de outros; como ética autônoma, defende a norma irrenunciável do respeito pelo ser humano; e, como ética racional, promove a discussão dos conflitos morais em dois níveis: um primeiro, principialista, e outro, consequencialista, procurando o estabelecimento de critérios universais, mesmo que abertos a um processo de contínua revisão (3).

Ao orientar não apenas os médicos, mas outros profissionais da área da saúde, cientistas, pesquisadores e operadores jurídicos, a Bioética se impõe no mundo moderno como um espaço de encontro, onde todos os segmentos sociais, de maneira reflexiva e prudente, possam produzir consensos, seguindo princípios éticos aceitáveis para todos e passem a visualizar de forma humana situações que envolvam a nova geração de ciências e direitos trazidos pela sociedade de risco em que se inserem. A ideia de dignidade humana, junto ao conceito de pessoa, tem caráter central nessa discussão, já que a "especial dignidade" do ser humano constitui-se no centro da concepção ética e jurídica na qual se fundamenta a cultura ocidental (13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Callahan D. Bioethics. In: Reich WT. (ed.) Encyclopedia of Bioethics: revised edition. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.

23-seção bioética.pmd 311 28/9/2009, 13:29

2. Melo, JMS. (ed). A medicina e sua história. Rio de Janeiro: EPUC; 1989.
3. Gracia D. Ética y vida: Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Santa Fé de Bogotá: Editorial El Buho; 1998.
4. Hippocrates. The Oath. Loeb Classical Library. Massachusetts: Harvard Uniersity Press; 1992.
5. Percival T. Medical Ethics. Special limited ed. Princeton: DevCom; 1987.
6. Reich WT. (ed.) Encyclopedia of Bioethics: revised edition. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4ed. New York: Oxford University Press; 1994.
8. Clotet J. Direitos dos pacientes e o consentimento informado. In: Loch, JA, Gauer GJC, Casado M. (orgs). Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008; p. 123-135.
9. Loch JA. Os princípios da Bioética. Disponível em: http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/principiosdebioetica.pdf. Capturado em: 23.08.2009.
10. Clotet J. O Consentimento Informado: uma questão do interesse de todos. Jornal do Conselho Federal de Medicina. n. 122/123 Brasília: CFM, 2000.
11. Kipper DJ, Clotet J, Loch JA. O impacto da Bioética na prática clínica. In: Sociedade Brasileira de Clínica Médica (org.) Programa de Atualização em Clínica Médica (PROCLIM). Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2004; p. 43-81.
12. Gracia D. Democracia e Bioética. Acta Bioethica 2001; ano VII, n.2; p. 343-54.
13. Casado M. Bioética, derechos humanos y práctica clínica. In: Loch, JA, Gauer GJC, Casado M. (orgs). Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008; p. 35-60.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS Instituto de Bioética.
✉ Endereço para correspondência:
Instituto de Bioética – PUCRS
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 50, sala 703
90619-900 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679 – Fax: (51) 3320-3849
institutobioetica@pucrs.br
www.pucrs.br/ib

Recebido: 8/9/2009 – Aprovado: 11/9/2009

23-seção bioética.pmd 312 28/9/2009, 13:29