

## A ORDEM DOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

**André Marcelo Machado Soares<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Doutor em Teologia (PUC-Rio), professor de Teologia Moral do Departamento de Teologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Membro Titular e Secretário-Geral da Academia Fides et Ratio (AFR), Membro Honorário da Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação (ABMR).

E-mail: machadoysuarez@hotmail.com

---

### Resumo

Pelo fato de aplicar princípios éticos gerais aos problemas decorrentes da prática assistencial, Beauchamp e Childress conceberam a *ética biomédica principialista* como uma *ética aplicada*. A intenção dos autores era analisar as decisões clínicas sob a orientação de quatro princípios básicos, dois de *ordem teleológica* e dois de *ordem deontológica*. Os princípios teleológicos (*respeito à autonomia* e *beneficência*) apontam para os fins aos quais os atos médicos devem estar orientados. Já os princípios deontológicos (*não maleficência* e *justiça*) indicam as obrigações que o médico devia assumir no cuidado com o paciente.

### Palavras-chave

Princípios bioéticos – Tecnologias digitais – Racionalidade dialógica – Pacto terapêutico

## Abstract

By applying general ethical principles to problems arising from care practice, Beauchamp and Childress conceived *principlist biomedical ethics* as *applied ethics*. The authors' intention was to analyze clinical decisions under the guidance of four basic principles, two *teleological* and two *deontological*. The teleological principles (*respect for autonomy* and *beneficence*) point to the ends towards which medical acts should be oriented. The deontological principles (*non-maleficence* and *justice*) indicate the obligations that the physician should assume in patient care.

## Key words

Bioethical principles – Digital technologies – Dialogic rationality – Therapeutic pact

## Introdução

O *Juramento de Hipócrates* é constituído de duas partes fundamentais. A primeira apresenta as obrigações éticas do médico para com seus mestres e familiares. A segunda trata basicamente da sua relação com os doentes. Com o passar do tempo, a fim de tornar o Juramento mais próximo de cada realidade histórica, foram sendo inseridas adaptações, mas a sua essência permaneceu: em primeiro lugar, não fazer o mal (*primum non nocere*) e, na medida do possível, fazer o bem (*bonum facere*).

Do ponto de vista bioético, o *princípio da beneficência* indica a *finalidade primordial* do ato médico, que é a de fazer o bem considerando a autonomia do paciente. Para tal, é necessário analisar cuidadosamente a particularidade de cada caso com o objetivo de avaliar os riscos envolvidos e os benefícios prováveis.

A obrigação moral do profissional de agir em benefício de outros não se confunde com a *benevolência*, que é a virtude moral de agir em benefício de outros. A primeira encontra-se no nível da finalidade do ato profissional, enquanto a segunda indica uma virtude do sujeito, que independe da atividade profissional exercida. Já o *princípio da não maleficência*, descrito no *corpus hippocraticum* como *primum non nocere*, se estende, enquanto *obrigação fundamental*, a toda prática médica, impondo-lhe o dever de não causar danos intencionais, evitar riscos ou minimizar seus efeitos quando não houver possibilidade de

impedi-los. Quanto ao *princípio da justiça*, ele foi incorporado ao juramento hipocrático com o objetivo de responder os desafios surgidos no século XX<sup>(1)</sup>.

Embora não haja no juramento a palavra *justiça*, no terceiro parágrafo do texto grego o termo *doente* encontra-se no plural<sup>(2)</sup>, o que remete à intenção do médico grego de atender a todos: “*applicarei os regimes para o bem dos doentes*”<sup>(3)</sup>. Este princípio está essencialmente voltado para a coletividade dos pacientes que, independentemente das mazelas, deve ter garantidos os mesmos direitos. Portanto, prioriza o direito à assistência médica, não como merecimento, mas como prerrogativa. Trata-se não só do direito ao acesso e ao tratamento médico, mas sobretudo, ao direito de ter a sua *autonomia* respeitada.

Tom L. Beauchamp (1939-) e James F. Childress (1940-), ao que tudo indica, não conseguiram transcender a compreensão formal dos valores contidos em cada um dos princípios<sup>(4, 5)</sup>. Afinal, a natureza de um *princípio* é a de possibilitar um entendimento inicial para o empreendimento de uma ação, mas não a sua execução. Isto significa que a materialização de um *princípio* em uma situação real se dá por meio de uma pluralidade de condições hermenêuticas, originando concepções distintas de bem, de mal e de justiça. Isto ocorre porque os *princípios* possuem, na linguagem weberiana, *validade normativa*, tendo em vista estarem edificados no território teórico da *ética da responsabilidade*. Não chegam a fundar uma *ética da convicção*, com *vigência empírica* comprovadamente universal. Por este motivo o *princípioalismo* tornou-se frágil.

## Discussão

O médico espanhol Diego Gracia (1941-), criador da *Escola de pedagogia de Bioética Clínica* na Universidade Complutense e autor de duas importantes obras didáticas nesta área<sup>(6, 7)</sup>, entendia que a *não maleficência* deveria anteceder a *beneficência* e que os princípios deveriam ser divididos em privados (*respeito à autonomia e beneficência*) e públicos (*não maleficência e justiça*). Em casos de conflitos morais, os princípios de *ordem pública*, isto é, aqueles que abrangem o bem da coletividade, devem ter prioridade sobre os de *ordem privada*, relacionados ao bem individual.

A compreensão de Gracia está possivelmente relacionada ao fato de, na sociedade contemporânea, a autonomia e o bem serem associados intrinsecamente à liberdade individual. Para ele, a *beneficência* e a *não maleficência* facilmente entrariam em choque. O motivo é que, de um lado, se defenderia a *beneficência*, que é uma finalidade, como obrigação absoluta, criando condições para instituir a *monarquia da vontade*. Assim, investida de absoluta liberdade, a vontade do paciente seria o único (*monos*) princípio (*arché*) da relação com o profissional médico. De outro lado, a *não maleficência* poderia ser manipulada com o propósito de impor a razão do profissional sobre a do paciente, o que resultaria no desrespeito da sua autonomia. Na base desta perspectiva, encontram-se alguns elementos do *utilitarismo*, para o qual o bom se iguala ao que é útil. Entretanto, na concepção original de John Stuart Mill (1806-1873), o que é útil não deve ser entendido simplesmente como aquilo que é proveitoso somente para um indivíduo ou, por outro lado, como aquilo que visa o interesse geral sem levar em conta os interesses pessoais.

O equilíbrio entre o individual e o coletivo deve resultar de uma tensão permanente, mas nenhum dos dois polos devem ser excluídos. O problema é que o *utilitarismo* pode trazer consequências desastrosas para o *princípio da justiça*. Na tentativa de transpor o *indeterminismo ético*, para o qual a compreensão dos valores é vaga e abstrata, o *utilitarismo* acabou por constituir uma concepção de justiça fundada sobre uma *ficção moral* com base estatística: a *maioria*. Deste modo, ao tomar como referência de justiça o que é mais vantajoso para o maior número de indivíduos, a distribuição de benefícios torna-se desigual e injusta, pois o que é bom para a maioria dos indivíduos não é, necessariamente, o que é bom para todos<sup>(8, 9)</sup>.

A ordem dos princípios bioéticos deve respeitar o diálogo entre paciente e médico em um espaço antes não imaginado. Apesar do acesso a uma grande quantidade de informações que chegam a todo momento através da internet, incluindo as *fake news*, o conhecimento médico se situa em um outro nível, que é o do diálogo como elemento essencial do cuidado.

O filósofo alemão Hans-Georg Gadamer (1900-2002) observa que as palavras *tratamento* e *diálogo* estão intimamente relacionadas. Em alemão, o *horário da consulta* (*Sprechstunde*), que é literalmente a *hora de falar*, é parte fundamental do *tratamento médico* (*Behandlung*), isto é, aquele momento em que o profissional examina, através das suas mãos (*Hand*), o paciente<sup>(10)</sup>.

Apesar de estarem relacionadas a um grande número de inovações que beneficiaram e beneficiarão a um curto prazo um grande número de pessoas, o maior perigo originado

pelas tecnologias digitais é propiciar, sobretudo no contexto da Medicina, uma desumanização que se inicia com a perda do diálogo e do tratamento especializado que, segundo Gadamer, começa pelo toque da mão (*Hand*). Na maioria das vezes, as reclamações dos pacientes relacionadas aos médicos é a de que sequer foi tocado ou olhado. Quem trata de *humanidades médicas* e deixa de fora este tema, certamente é porque não conseguiu compreender a diferença entre *praxis* e *theoria*. Tratamento e diálogo não são simples termos constitutivos da prática médica, mas duas *praxis* que combinadas se materializam naquilo que chamamos de *aproximação*. Este é o genuíno sentido do diálogo. Como recorda Gadamer: “o diálogo que deve ser conduzido entre médico e paciente não tem, por exemplo, somente o significado de anamnese”<sup>(11)</sup>.

O fundamental não é saber que princípio se impõe aos outros, ou qual deles deverá ser priorizado com o objetivo de proteger juridicamente a prática profissional. É necessário entender o espírito dos princípios e isto significa conhecer seus limites e sua importância que só será verdadeiramente descoberta no diálogo com o paciente e com as novas tecnologias. Em outras palavras, a ordem dos princípios bioéticos se estabelece através da *aproximação* e da *interdisciplinaridade*. Afinal, “a saúde depende de muitos fatores e, no final, encontra-se não somente a saúde, mas a reintrodução do paciente na sua antiga posição na vida cotidiana”<sup>(12)</sup>.

É imprescindível não cair na tentação de transformar os princípios bioéticos em colunas seguras nas quais se sustentam práticas inquestionáveis e insuspeitas. Eles são, na realidade, o início de uma relação que será demarcada pelo respeito e pelo diálogo.

## Conclusão

Entre os profissionais da saúde, a mudança mais profunda trazida pela reflexão bioética se localiza no contexto da relação com o paciente, reconhecendo-o como agente moral autônomo. O reconhecimento prático deste direito fundamental se choca, sobretudo, com a tradicional *concepção hipocrática*, na qual a relação médico-paciente, reconhecida como *assimétrica*, supunha a superioridade do conhecimento médico que sabia o que melhor convinha ao paciente, cabendo a este somente obedecer às prescrições do seu médico.

O principal perigo que envolve o *princípio do respeito à autonomia* é o seu desequilíbrio em relação ao *princípio da beneficência*. É importante que o profissional respeite a autonomia de seu

paciente, mas é igualmente importante que respeite também o seu código de conduta profissional, entendendo que fazer o bem é uma *finalidade*. A compreensão do *princípio do respeito à autonomia* nem sempre é clara. Muitas vezes, a autonomia é entendida como a liberdade de fazer o que se quer. Esta forma de pensar, consagrada no mundo liberal, acaba por desrespeitar as normas que norteiam a prática profissional médica.

Do ponto de vista bioético, o consagrado direito do paciente deve estar sempre apoiado em uma *racionalidade dialógica* que deve ser capaz de perceber com clareza o sentido real da *beneficência* em uma dada situação particular; deve estar aberta ao entendimento dos *malefícios* que devem ser afastados pelo profissional médico (“*não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim a fazer*”<sup>(13)</sup>), sobretudo quando se deseja realizar procedimentos desnecessários, que não trarão benefício algum; deve compreender a saúde não como uma relação de consumo, mas como resultado da busca pela justiça, que começa a se desenvolver no terreno das escolhas políticas e assume a forma de responsabilidade pública inerente a todos os cidadãos, sobretudo aqueles que têm o dever constituído de gerenciar equitativamente os bens da saúde nas várias esferas do poder público.

Em tempos de relações líquidas e retóricas inconsistentes, a *beneficência*, a *não maleficência* e a *justiça* funcionam como “lugar” de diálogo, ferramentas de vínculo e base do *pacto terapêutico*. É verdade que muitas coisas foram conquistadas nos últimos cem anos, mas não se deve esquecer que “todo aumento de conhecimento é imprevisível em relação a seu significado e às suas consequências”<sup>(14)</sup>.

### Referências bibliográficas

1. Rezende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp; 2009. p. 44.
2. Rezende JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. São Paulo: Unifesp; 2009. p. 34.
3. Pessini L; Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 1997. p. 483-484.
4. Beauchamp TL; Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.

5. Veatch RM. Resolving conflicts among principles: ranking, balancing and specifying. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1995; 5(3): 199-218.
6. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
7. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema; 1991.
8. Rawls J. *Uma teoria da justiça*. Lisboa: Presença; 1993. p. 27s;
9. Mackie JL. *Ethics. Inventing right and wrong*. London: Penguin Books; 1990. p. 125s
10. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 130-131.
11. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 141.
12. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 134.
13. Rezende JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp; 2009. p. 36.
14. Rezende JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp; 2009. p. 33.