

# BIOÉTICA PRINCIPIALISTA<sup>1</sup>

## PRICIPALIST BIOETHICS

Flávio R. L. Paranhos<sup>2</sup>

### Resumo

De todas as propostas teóricas bioéticas, o principialismo de Beauchamp e Childress foi a que alcançou maior popularidade. Sua obra *Principles of Biomedical Ethics* (2013) já se encontra na sétima edição e segue sendo a mais influente na Europa e Américas. O que não significa que seja de aceitação unânime. De toda forma, sendo mais uma ética biomédica do que propriamente uma bioética, seus quatro princípios (beneficência, não-maleficência, respeito à autonomia e justiça) são utilizados rotineiramente por profissionais de saúde de maneira quase intuitiva. O objetivo deste trabalho é apresentar as principais características destes princípios, tal como pretendem seus autores.

**Palavras-chave:** Princípios bioéticos; melhoramento cognitivo; ética na pesquisa.

### Abstract

*Of all theoretical approaches to bioethics, Beauchamp and Childress' principlism is undoubtedly the most popular. Their work Principles of Biomedical Ethics (2013) is already in its seventh edition and is still the most influential in Europe and the Americas. This does not mean, however, that it has unanimous acceptance. In any case, being more biomedical ethics than bioethics, its four principles (beneficence, non-maleficence, respect for autonomy and justice) are used routinely by health professionals in an almost intuitive manner. The aim of this work is to present the main features of these principles, as proposed by Beauchamp and Childress.*

**Keywords:** Bioethical principles; cognitive enhancement; research ethics.

---

<sup>1</sup> Este trabalho foi parte integrante de minha tese de doutorado no programa de Bioética / Cátedra Unesco da Universidade de Brasília, sob orientação do professor Volnei Garrafa.

<sup>2</sup> Médico, doutor em oftalmologia (UFMG), mestre em filosofia (UFG) e doutor em bioética (UnB). Professor da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC-Goiás. E-mail: flavioparanhos@uol.com.br.

## INTRODUÇÃO

De todas as propostas teóricas bioéticas, certamente a de Beauchamp e Childress foi a que alcançou maior popularidade. Sua obra *Principles of Biomedical Ethics* (2013) já se encontra na sétima edição e segue sendo a mais influente na Europa e Américas. O que não significa que seja de aceitação unânime. São vários e de diferentes países os seus críticos. Um dos mais contundentes é o professor Volnei Garrafa, da UnB.

Em *Bioética, Poder e Injustiça: Por uma Bioética de Intervenção*, Garrafa e Porto (2003) estabelecem as condições para uma bioética engajada, completamente diferente da proposta pretensamente neutra e apolítica de Beauchamp e Childress. Dividindo a bioética em de “situações persistentes” e de “situações emergentes”, sendo as primeiras relativas a problemas antigos e persistentes tanto na área social quanto na área biomédica, e as emergentes ocasionadas pelas novas tecnologias, frisam a necessidade de um papel ativo, político, para a bioética:

O que está acontecendo, muitas vezes, é a utilização de justificativas bioéticas como instrumentos, como ferramentas metodológicas, que acabam servindo de modo neutral apenas para a leitura e interpretação (acríticas) dos conflitos, por mais dramáticos que sejam. Dessa maneira, é atenuada (e até mesmo anulada, apagada...) a gravidade das diferentes situações, principalmente aquelas coletivas e que, portanto, acarretam as mais profundas distorções sociais.

A mesma característica que deu à teoria de Beauchamp e Childress sua popularidade é também a causa de sua “neutralidade”, a saber, o fato de o princípalismo ser uma ética descritiva, intuitiva aos membros da comunidade biomédica. Seus princípios são fáceis de ser incorporados no dia-a-dia de médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, dando suporte quase automático para tomadas de decisão e mesmo julgamentos morais.

A seguir, apresentarei as principais características dos princípios propostos por Beauchamp e Childress.

### O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

Beauchamp e Childress apresentam duas possibilidades para o princípio de beneficência, a saber, beneficência positiva e utilidade. A positiva requer do agente que ativamente promova o bem de outros. Já a utilidade deve primeiro fazer seus cálculos para chegar ao melhor resultado em potencial.

Os autores esclarecem que beneficência, benevolência e princípio de beneficência não são a mesma coisa. O primeiro termo aplicar-se-ia de forma mais geral a atos com a intenção de beneficiar outros. O segundo equivaleria a um traço de caráter, uma virtude. Nenhum dos dois primeiros, portanto, seriam obrigações morais. Apenas o princípio de beneficência poderia ser considerado como tal. Porém, não com o mesmo peso dado pelos utilitaristas, entre os quais Beauchamp e Childress citam especificamente Hutcheson e Hume, cujas “teorias de moralidade comum” fundamentam-se na beneficência. O princípio de utilidade que dá sustentação ao princípio de beneficência de Beauchamp

e Childress, portanto, não é o mesmo que o utilitarismo, particularmente porque é um entre outros, a se impor (ou não) *prima facie*, e não como fundamentação última.

Admitindo a premissa de que atos de beneficência não constituem dever moral, Beauchamp e Childress enumeram algumas obrigações *prima facie* que dariam suporte ao princípio de beneficência que chamam de “positiva”. Estes seriam: 1- Proteger e defender os direitos dos outros. 2- Evitar que danos ocorram a outros. 3- Remover condições que causem danos a outros. 4- Ajudar outros com deficiências. 5- Resgatar pessoas em perigo.

Beauchamp e Childress distinguem regras de beneficência e não-maleficência. As últimas seriam proibições negativas, que devem ser seguidas imparcialmente e têm força para fundamentar punições legais. As primeiras seriam exigências positivas de ações, embora não necessariamente imparciais, que de forma geral não têm força para fundamentar punições legais. Aqui Beauchamp e Childress dialogam com Clouser e Gert sem citá-los. Estes, ao criticarem a segunda edição de *Principles of Biomedical Ethics*, alertam para a impossibilidade de o princípio de beneficência ser um dever moral, pois um dever moral é imparcial por natureza, e a beneficência não teria como sê-lo. Curiosamente, tal é a crítica que os próprios Beauchamp e Childress fazem a outro autor, W.D. Ross: “A noção de que temos as mesmas obrigações imparciais de beneficência a pessoas que não conhecemos e às que conhecemos é bastante romântica e impraticável”. A solução para o problema seria, de acordo com os autores, a distinção entre beneficência geral e específica. Esta, típica das relações entre profissionais de saúde e seus pacientes (entre outras), enquanto aquela seria uma beneficência de forma ampla, sem alvos pré-estabelecidos. A específica seria um dever, a geral, um ideal.

Mas não apenas as relações profissionais na área da saúde que configuram o princípio da beneficência como dever moral. Beauchamp e Childress estabelecem cinco condições que, uma vez presentes, fazem com que um ato de beneficência deixe de ser um simples ideal e passe a ser uma obrigação. Seriam elas:

- 1- Y está em risco de perda significativa ou dano à vida, saúde, ou algum interesse básico.
- 2- A ação de X é necessária (individualmente ou em conjunto com outros) para prevenir a perda ou dano.
- 3- A ação de X (individualmente ou em conjunto com outros) provavelmente evitará a perda ou dano.
- 4- A ação de X não apresenta riscos significativos, custos ou fardo pesado.
- 5- O benefício que se espera para Y sobrepuja qualquer dano, custo ou fardo que provavelmente recairá sobre X (2013, p. 207).

## O PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA APLICADO À PESQUISA BIOMÉDICA

Beauchamp e Childress abordam duas situações em pesquisa biomédica às quais o princípio da beneficência poderia vir a ter o peso de dever moral. A primeira seria o acesso expandido, que poderia, ou não, preencher todas as cinco condições propostas para se configurar em uma obrigação. Neste caso, lembram que a condição número 3 pode não ser alcançada por se tratar de pesquisa de drogas cuja eficácia e segurança não estão ainda plenamente comprovadas. A segunda situação é o caso do acesso à droga em estudo após finalizada pesquisa (ou a participação do sujeito na pesquisa). Vale lembrar que tal situação é alvo de controvérsia entre países ricos e países periféricos. A posição

hegemônica, ilustrada pela última versão da Declaração de Helsinki, é a de que não se configura uma obrigação moral. A posição contra-hegemônica, adotada inclusive oficialmente pelo Brasil, por meio da resolução CNS 466/12, é de ser, sim, uma obrigação moral. Por sua vez, Beauchamp e Childress não adotam uma posição definitiva nem para um lado, nem para outro. Embora iniciem dizendo que “o problema do acesso contínuo é como identificar as condições sob as quais é moralmente obrigatório” (2013, p. 211), seguem concordando que há base suficiente para que o seja. Entretanto, não seria o princípio da beneficência isoladamente suficiente, sendo necessário recorrer também ao de não-maleficência, pois privar um participante de pesquisa de uma droga que está fazendo efeito benéfico, equivaleria a causar-lhe dano. Finalmente, porém, enfraquecem a possibilidade de o fornecimento da droga pós-estudo ser um dever, dando a entender que tudo se resolve com um bom termo de consentimento, que pode esclarecer ao participante as condições para o fornecimento pós-estudo, que podem ser restritivas, desde que isso seja explicitado.

## **BENEFICÊNCIA E PATERNALISMO**

Beauchamp e Childress definem paternalismo como

a desconsideração intencional das preferências ou ações de alguém por outrem, sendo que aquele que o faz, justifica suas ações com um apelo ao objetivo de beneficiar ou evitar ou mitigar danos à pessoa cujas preferências estão sendo desconsideradas (2013, p. 215).

A relação médico-paciente foi tradicionalmente paternalista, e a justificativa invocada eram os princípios de não-maleficência e beneficência. Algo que ainda acontece, embora em menor escala.

Haveria dois tipos de paternalismo, o “mole” e o “duro”. O que os diferencia é a capacidade de exercitar a autonomia do indivíduo cujas preferências estão sendo desconsideradas. Seria o caso no tipo mole, por exemplo, de alguém profundamente deprimido ou afetado por algum vício incapacitante. O paternalismo duro, para acontecer, pressupõe que a pessoa tenha plena capacidade de tomar decisões, que serão desconsideradas quer por omissão de informação, quer por ativamente contrariadas. Uma situação que se encaixaria no tipo duro seria, por exemplo, alguém que esteja plenamente consciente e capaz de tomar uma decisão e decide sair de um hospital, mas que se o fizer corre risco de morrer, e a equipe médica se recusa a liberá-la.

Posto dessa forma, tem-se a impressão de que o paternalismo mole seja menos problemático do que o paternalismo duro. Entretanto, aquele tem uma dificuldade que este não tem, a saber, a decisão sobre o quão autônoma uma pessoa está.

O paternalismo pode estar presente também em situações de saúde pública. Exemplos seriam a obrigatoriedade de receita para alguns medicamentos, e as vacinações. Ambos questionados por alguns por privarem os cidadãos de livre escolha, ou seja, sua autonomia. Outro bom exemplo são as campanhas contra tabagismo. Nesse caso, alertam Beauchamp e Childress, corre-se o risco de estigmatização e discriminação, pelo fenômeno de a pecha negativa transferir-se do ato (tabagismo) para a pessoa (tabagista).

Os autores propõem cinco condições que justificariam o paternalismo duro:

1- Um paciente está sob risco de dano significativo e evitável. 2- A ação paternalista provavelmente evitará o dano. 3- A prevenção do dano sobrepuja os riscos ao paciente da ação realizada. 4- Não há alternativa moralmente mais adequada à proposta limitação de autonomia. 5- A ação menos restritiva da autonomia que assegura o benefício almejado é adotada (2013, p. 222).

Uma sexta condição seria a de não ferir interesses autônomos substanciais, como seria o caso de transfundir sangue em Testemunhas de Jeová. Entretanto, como na prática, se o dano potencial for muito grande a tendência é que se fira, sim, preferências profundas de autonomia, uma tal sexta regra não se sustentaria, acreditam os autores.

Uma outra modalidade de paternalismo também pode acontecer, e é menos problemática, acreditam Beauchamp e Childress. Trata-se do paternalismo passivo, quando o profissional de saúde se recusa a realizar algum ato solicitado pelo paciente por acreditar que causará mais mal do que bem, ou ainda por objeção de consciência. No caso desta última, os autores não consideram a possibilidade de quem se recusa a realizar algum ato ser a única pessoa em condições de o realizar. Em tal circunstância, a objeção de consciência é, sim, bastante problemática e questionável.

Não realizar uma ação por ter evidências que suportem a crença de que causará mais mal do que bem será o caso, por exemplo, de não tomar medidas fúteis de prolongamento de vida. Nesses casos, porém, os autores recomendam, acertadamente, que se evite o termo “fúteis”, trocando-o por “intervenções clinicamente não benéficas”.

## **BENEFICÊNCIA VERSUS AUTONOMIA DELEGADA**

Assim como o princípio de beneficência pode entrar em conflito com o da autonomia em casos em que esta pode ser plena ou incompletamente exercida, também há os casos em que ela não tem como ser exercida pelo próprio agente. Nestes casos, levar-se-á em consideração a autonomia delegada, que pode ser mais ou menos problemática. Será menos problemática quando um paciente deixou sua vontade explícita em documento escrito, e nesse caso o princípio da beneficência será sobrepujado pelo do respeito à autonomia mais facilmente. Já quando não há como acessar a vontade de um paciente a não ser por meio de uma pessoa que lhe é mais próxima, configura-se uma situação mais difícil. A pergunta a ser feita é “O que o paciente quereria em tal situação?”, e não “O que você quer para seu pai (filho, amigo)?”. Se não há segurança quanto ao desejo do paciente, o princípio de beneficência deve prevalecer.

## **BENEFÍCIO VERSUS CUSTO**

As análises de custo x benefício, típicas das tomadas de decisão em saúde pública têm a vantagem de monetarizar vidas humanas. O princípio de beneficência nestes casos precisa prevalecer sobre contas de quanto custa para se alcançar o benefício almejado, se vale ou não o gasto. Uma das

análises possíveis e aceitáveis, a depender das circunstâncias, é a que configura o benefício não apenas em termos quantitativos, mas principalmente qualitativos - os QALY *quality-adjusted life years* - anos de vida ajustados por qualidade. Ao considerar não simplesmente quanto mais o sujeito viverá, mas a qualidade desse tempo de vida, os QALY refletiriam melhor a intenção do princípio de beneficência em situações de saúde pública. Entretanto, Beauchamp e Childress reconhecem, permanece o problema do que vem a ser adequadamente interpretado como “qualidade de vida”. Outra questão é que os QALY teriam como base filosófica o utilitarismo, herdando dele também os problemas, notadamente o risco de se deixar de fora parcela importante, que mereceria ser igualmente considerada (por exemplo, privilegiando jovens em detrimento de mais velhos).

## O PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA

O ponto de partida para o princípio de não-maleficência seria a máxima “Acima de tudo, não faça mal (não cause dano)”. Que pode ser reescrito desta forma: “Não se deve infligir mal ou dano”. Beauchamp e Childress não consideram normas que podem ser derivadas deste princípio como sendo de não-maleficência. Estas seriam: 1- Deve-se prevenir o mal ou o dano. 2- Deve-se remover o mal ou o dano. 3- Deve-se fazer ou promover o bem. Tais normas, consideradas por alguns autores como abarcadas pelo princípio de não-maleficência, seriam, na concepção de Beauchamp e Childress, pertencentes ao campo do princípio da beneficência.

Nesse momento os autores acenam para a direção que tomarão, pois afirmam que o princípio de não-maleficência sobrepuja os demais, para, em seguida, restringi-lo ao mínimo. Prevenir dano, remover dano e fazer o bem requerem uma tomada de posição ativa por parte do sujeito moral, algo que os autores não estão dispostos a considerar um dever. Louvável, portanto, um ideal, mas não um dever. As regras de não-maleficência terão a forma “Não faça X”.

Um primeiro conceito a ser clareado é o de dano. Nem tudo o que à primeira vista é dano de fato o será, uma vez pesadas as consequências. Um exemplo clássico é dado por Beauchamp e Childress - amputação de um membro. A perda de um membro é algo sempre indesejável, mas, se o tiver de ser para evitar um mal maior (gangrena, por exemplo), não será propriamente um dano. Ou, pelo menos, um “dano” aceitável em vista da alternativa pior.

O princípio de não - maleficência abarca algumas regras para sua especificação, tais como: 1- Não mate. 2- Não cause dor ou sofrimento. 3- Não cause incapacidade. 4- Não cause ofensa. 5- Não prive os outros dos bens da vida.

## NÃO-MALEFICÊNCIA E NEGLIGÊNCIA

Não sendo *Principles of Biomedical Ethics* um livro de bioética, mas, sim, de ética biomédica, seus autores concentram-se nas possibilidades de danos físicos, e, entre estes, particularmente a morte em circunstâncias de serviços de saúde.

De acordo com Beauchamp e Childress, há duas possibilidades de negligência, intencional e não intencional. Quando um profissional de saúde deixa deliberadamente de realizar um ato que faz parte

dos cuidados de um paciente, está sendo intencionalmente negligente. Será não intencional mais o caso de uma desatenção, em que o profissional sabe o que tem de fazer, mas deixa de fazê-lo não deliberadamente, por esquecimento, entre outros motivos possíveis.

Os autores propõem uma espécie de “*checklist*” para que se configure negligência: 1- O profissional tem deveres em relação à parte afetada. 2- O profissional deve descumprir tais deveres. 3- A parte afetada sofreu algum dano e 4- este dano foi em decorrência do dever não cumprido.

## **NÃO-MALEFICÊNCIA E ÉTICA EM PESQUISA**

Ética em pesquisa é pouco explorada em *Principles of Biomedical Ethics*. O capítulo de não-maleficência refere-se a “subproteção” e “sobrepoteção”. Os autores reconhecem que “historicamente, os riscos de danos a sujeitos de pesquisa têm sido colocados majoritariamente nos mais vulneráveis, mais doentes e economicamente desprotegidos, dada a sua pronta disponibilidade”. Reconhecem ainda a necessidade de proteção aos mais vulneráveis contra a possibilidade de exploração utilitarista. Entretanto, em seguida ponderam que tais preocupações podem criar atrasos importantes no progresso das pesquisas, o que caracterizaria uma “sobre proteção”.

O caso citado pelos autores para dar suporte à sua ponderação acerca de “sobrepoteção” é o de uma pesquisa de diagnóstico de eficácia de medidas preventivas de infecção em unidades de cuidados intensivos. Embora, da forma como apresentado, pareça de fato ter se tratado de um exagero por parte da comissão de ética no nível nacional (cuja interpretação inicial foi diferente da do CEP local), há dois problemas com este exemplo. Primeiro, a justificativa dos autores é inadequada: “Mas esta pesquisa tinha, em seu desenho, uma tentativa de melhorar os cuidados médicos”. Ora, que pesquisa na área biomédica não tem este mesmo objetivo? E segundo, e mais importante, os autores contentam-se apenas com este exemplo para concluir que o problema de “sobrepoteção” merece mais nossa atenção do que o da “subproteção”, o que certamente não é o caso.

## **NÃO-MELEFICÊNCIA E DEIXAR DE FAZER OU INTERROMPER TRATAMENTO**

A distinção entre não iniciar um tratamento e interrompê-lo tem implicações importantes na maneira como as pessoas julgam moralmente o ato. Há uma facilidade maior em aceitar que um tratamento não seja iniciado, do que, uma vez iniciado, que seja interrompido. Isso diz respeito principalmente a tratamentos que mantenham um paciente vivo, em situações nas quais as chances de sucesso são mínimas ou mesmo nulas. Um risco que tal situação traz é tanto de “sobretreamento” quanto de “subtratamento”. A primeira situação seria a de se ter iniciado uma intervenção que se revela fútil e não se tenha a coragem de interrompê-la. Mas pode também ser o caso da segunda, que é justamente o receio de se entrar numa situação de “sobretreamento”, de difícil saída, nem se dar chance (considerando-se que há chance). Os autores concluem que esta distinção entre não iniciar e interromper mais atrapalha do que ajuda, e a decisão deve-se basear em outros critérios, que não esta distinção.

## NÃO-MALEFICÊNCIA E A REGRA DO DUPLO EFEITO

O duplo efeito caracteriza-se por uma ação que tem ao mesmo tempo um efeito bom e um ruim. Para que tal ação seja considerada moralmente aceitável, mesmo com o efeito ruim, são necessárias algumas condições, tais como a natureza do ato, a intenção do agente, a distinção entre meios e efeitos e a proporcionalidade entre o efeito bom e o ruim. Beauchamp e Childress, acertadamente, ponderam que todas estas condições são problemáticas, o que torna o julgamento de um ato (se moralmente correto ou não) pela doutrina do duplo efeito, conseqüentemente, problemática.

Assim como Alan Donagan (1977), Beauchamp e Childress avaliam que o peso dado à intenção é equivocado. Diferenciar intenção de previsão é muitas vezes difícil, e, mais ainda, inútil. O caso do aborto é emblemático. Os autores elencam quatro possibilidades: 1- Câncer cervical da mulher grávida cuja cura requer histerectomia que matará o feto. 2- Gravidez ectópica, cujo tratamento resultará na morte de um feto de toda forma inviável. 3- A mãe tem uma cardiopatia grave, com grande chance de morrer se levar a gravidez até o fim. 4- Trabalho de parto complicado, com grande risco de morte para a mãe caso uma craniotomia não seja realizada no feto, levando à sua morte. As duas primeiras situações poderiam ser toleradas pela doutrina católica, pois preencheriam os requisitos de ser o ato (histerectomia e correção cirúrgica da gravidez ectópica) moralmente não condenável, a intenção do agente não é a morte do feto, o efeito não é o meio para se alcançar o objetivo e o objetivo é suficientemente nobre em contraposição ao efeito ruim.

Beauchamp e Childress ponderam que não faz muito sentido distinguir a morte de um feto como consequência de uma histerectomia ou de uma craniotomia. Ainda que se aceite a distinção de que na primeira trata-se de um efeito ruim previsto, mas não pretendido, e na segunda, previsto e pretendido, a consequência é a mesma. Os autores rejeitam, portanto, a regra do duplo efeito como especificação satisfatória do princípio de não-maleficência, particularmente no caso do aborto. Mas não oferecem uma saída. Afinal, matamos o feto ou a mãe? Interessante notar que a moralidade comum não é sequer lembrada aqui, diferentemente do que fez Donagan (1977, p.105), que a usou para fundamentar a ponderação de que não faz sentido separar o ato em intenção e efeito, pois, para a moralidade comum, são uma coisa só, indissociável. Matar um inocente para salvar outro inocente é tido como moralmente condenável de forma geral, sê-lo-á também no caso do aborto. Conclusão a que chega também a filósofa Philippa Foot no clássico artigo *The problem of abortion and the doctrine of the double effect* (FOOT, 1967), embora com a ressalva de que possivelmente as pessoas mudariam de ideia se tratasse de matar um inocente para salvar vários.

A regra do duplo efeito teria mais chance de funcionar em casos de pacientes moribundos. Um médico que fornecesse medicação forte para aliviar dor e sofrimento poderia prever, mas não pretender a morte do paciente que desejasse pôr fim a este sofrimento com a própria morte. De toda forma permanece a dificuldade da tênue fronteira entre o que é meramente previsto e o que é pretendido.

## MATAR E DEIXAR MORRER

Outra distinção nem sempre fácil de se estabelecer é entre matar e deixar morrer. Vulgarmente, matar envolveria um ato intencional e causal para que a morte aconteça, enquanto deixar morrer envolve

também intenção, mas não ativamente, mas, sim, passivamente (deixar de fazer algo). Beauchamp e Childress acreditam que esta distinção não chega a ser satisfatória.

A próxima dificuldade é atrelar julgamentos morais a uma e outra possibilidade. Deixar morrer será aceitável, defendem os autores, sob uma de duas condições: 1- A tecnologia médica é inútil para o caso em questão. 2- O paciente (ou seu responsável autorizado) recusa uma tecnologia médica. Se nenhuma destas duas condições está presente, não será o caso de deixar morrer, mas, sim, de matar, portanto moralmente condenável.

A posição assumida pelos autores é que deixar morrer, pela perspectiva da ética biomédica, será aceitável e, mesmo, preferível, se as condições acima forem respeitadas, considerando então como preponderante o respeito à vontade autônoma de um paciente para quem toda tecnologia médica será fútil. Caso o profissional de saúde não se sinta confortável em ceder à vontade do paciente, não deverá recusar o acesso a quem possa satisfazê-la. Os autores acreditam que, nesses casos, o que está em jogo são, além dos princípios de beneficência e respeito à autonomia, também as virtudes da compaixão e do cuidado.

## **DANO À COLETIVIDADE**

Fugindo um pouco do traçado de sua obra, Beauchamp e Childress abordam rapidamente a possibilidade de dano à coletividade, mas apenas no contexto de uma pesquisa. Para tanto, citam o caso dos índios Havasupai. A partir de uma intenção inicial de investigar a alta prevalência de diabetes neste grupo, pesquisadores valeram-se de um consentimento amplo para se debruçar sobre vários outros aspectos, completamente diferentes, como por exemplo esquizofrenia, e até sua origem geográfica. Neste último caso, o estabelecimento da hipótese de que eles não eram originários da região em que viviam (*Grand Canyon*), mas, sim, da Ásia, tinha até implicações legais, pois sua origem, além de importância religiosa, era a base de sua alegação de direito de posse da terra onde viviam. A maleficência, nesse caso, foi claramente coletiva, social, ainda que no contexto de uma pesquisa.

## **O PRINCÍPIO DA JUSTIÇA**

Beauchamp e Childress iniciam o capítulo sobre o princípio da justiça admitindo que “nenhum princípio moral isoladamente é capaz de dar conta de todos os problemas de justiça”. E ainda: “Neste capítulo discutiremos vários princípios e consideraremos como eles podem ser balanceados e especificados em contextos de cuidados de saúde e saúde pública” (p.250). É emblemática a escolha dos autores, no sentido de dar razão à crítica de Clouser e Gert (1990). E problemática no sentido de não apenas não se decidirem por uma das teorias de justiça, como, principalmente, não fazerem referência uma única vez à sua própria teoria pretensamente unificadora - a moralidade comum.

Seriam seis, de acordo com Beauchamp e Childress, as perspectivas possíveis, originadas em quatro teorias tradicionais de justiça e mais duas que seriam recentes. Cada teoria articula um princípio geral material para a justiça distributiva:

- 1- Para cada pessoa de acordo com regras que maximizem a utilidade social (utilitarismo).
- 2- Para cada um o máximo de liberdade e propriedade resultante do exercício dos direitos de liberdade e participação em trocas justas de livre-mercado (libertária).
- 3- Para cada um de acordo com princípios de distribuição justa derivados de concepções do bem desenvolvidas em comunidade morais (comunitária).
- 4- Para cada um uma medida igual de liberdade e acesso igual aos bens na vida que cada pessoa racional valoriza (igualitária).
- 5- Para cada um os meios necessários para o exercício das capacidades essenciais para uma vida produtiva (de capacidades).
- 6- Para cada um os meios necessários para a realização de dimensões essenciais de bem-estar (de bem-estar) (2013, p. 253).

Embora não haja impedimentos a que se use mais de uma ou mesmo todas as teorias de justiça acima apresentadas, não raramente elas competem entre si, ponderam os autores, o que faz com que seja necessário um procedimento similar ao proposto aos próprios princípios bioéticos proposto pelos autores, uma hierarquização circunstancial *prima facie*.

Após avaliar cada uma das teorias citadas, Beauchamp e Childress concluem que cada uma é apenas parcialmente adequada como proposta de princípio de justiça na concepção de justiça social. Mas os autores se declaram mais propensos à utilização do igualitarismo, no que diga respeito à distribuição de cuidados de saúde e recursos em saúde pública.

## **OPORTUNIDADES IGUAIS, DISCRIMINAÇÃO INJUSTA**

O ponto de partida escolhido por Beauchamp e Childress é a teoria da justiça de Rawls. O que é coerente com a citação da abertura do capítulo, a “A loteria em Babilônia”, do escritor Jorge Luís Borges. Categorias que tradicionalmente serviram como distribuidoras automáticas de benefícios, tais como gênero, raça, QI, sotaque, etnicidade, nacionalidade e classe social, são produto de uma loteria e, portanto, inadequados como norteadores de uma distribuição justa.

A regra que estabelece oportunidades iguais, com origem na teoria rawlsiana, corrigiria distorções tais como pessoas com deficiências funcionais não terem oportunidade iguais na vida por causa dessas deficiências.

Beauchamp e Childress acenam para uma concordância com Rawls, acompanhando-o na linha de raciocínio de que não apenas loterias biológicas sejam injustas, mas também as sociais. Mas rapidamente o abandonam por considerar que a consequência prática disso seria “exigente demais”. Nesse momento valem-se da teoria libertária que aponta que os recursos limitados impõem limites à aplicação da regra rawlsiana, mas discordam da posição libertária quanto a diferenciação entre o que seja apenas um infortúnio, e o que seja de fato injusto.

Não pode ser creditado apenas a “infortúnio”, por exemplo, que classes menos favorecidas da sociedade norte-americana tenham menos acesso a “produtos” de cuidados em saúde e estejam mais submetidos a riscos por participação em pesquisas. Não deve passar despercebido que nesta passagem, como em várias outras deste capítulo, os autores utilizem o termo “produtos” (*goods*) para se referir aos cuidados de saúde. Trata-se de um detalhe que merece atenção. Embora os autores eventualmente se valham do vocabulário de direitos humanos, fica evidente a perspectiva a partir da qual

enfrentam o problema da justiça em saúde. Sendo esta uma mercadoria, e não um direito, será a abordagem de livre-mercado que acaba prevalecendo, a despeito das tentativas dos autores de conciliação com as demais teorias de justiça. O que até é coerente com sua teoria da moralidade comum, se por ‘moralidade comum’ se entender ‘moralidade do senso comum norte-americano’.

## **JUSTIÇA EM PESQUISA**

Os autores abordam dois problemas que identificam como sendo importantes no que diga respeito à justiça em pesquisa científica em saúde. A indução indevida e o lucro indevido. A primeira equivaleria a induzir (em tese, involuntariamente) indevidamente pessoas em situação economicamente desfavorável por meio de um pagamento que as façam participar sendo que, em situações normais não o fariam, o que tem implicações no risco a que se propõem a se submeter. Por outro lado, esse pagamento não pode ser de tal forma pequeno, cuja consequência seria o oposto, um lucro indevido por parte da indústria farmacêutica. Entretanto, os próprios autores reconhecem, “lucro indevido” é algo intrínseco à atividade da indústria farmacêutica. Uma das possibilidades de correção dessa distorção seria a regra (que o Brasil já adota) de disponibilizar os benefícios da pesquisa para os participantes desta enquanto eles necessitarem, mesmo após o término da pesquisa. Beauchamp e Childress mencionam tal possibilidade no capítulo do princípio de beneficência, até de forma positiva, mas não assertiva. Não chegam à conclusão de que seja um dever moral.

Por fim, a posição dos autores quanto à possibilidade de exploração de países pobres por parte da indústria farmacêutica é questionável, para dizer o mínimo. Sendo a participação dos cidadãos desses países uma sua fonte de renda importante, estaria justificado que a indústria faça pesquisas nesses países, pagando pela participação. De acordo com Beauchamp e Childress seria paternalista e nocivo negar esta oportunidade de renda a esta população.

## **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**

De acordo com a teoria principialista de Beauchamp e Childress (2013), dois argumentos principais dariam suporte a um sistema de saúde financiado pelo governo - uma proteção social coletiva e igualdade de oportunidade.

A proteção social coletiva encontra, nos EUA, a resistência de muitos, notadamente libertários, que não consideram obrigação do governo prover saúde (ou qualquer coisa). Uma saída seria o princípio da reciprocidade. Como a sociedade coletivamente contribuiu para a formação de profissionais de saúde e a realização de pesquisas biomédicas, os profissionais de tais áreas deveriam devolver o que receberam em bens e serviços. Tal proposta não seria consistente nem suficiente. O argumento da igualdade de oportunidades se sustentaria pelo menos no que dissesse respeito a deficiências biológicas, pois, nesse caso, desvantagens acontecem e têm como consequência um desequilíbrio de oportunidades na vida.

Beauchamp e Childress declaram-se dispostos a defender pelo menos um objetivo igualitário, ainda que moderadamente igualitário, que seria o “mínimo decente” de cuidados em saúde. Mas o que

seria esse “mínimo decente”. A concepção-padrão seria composta de duas partes, sendo a primeira uma cobertura social compulsória para casos básicos e catastróficos, e a segunda uma cobertura voluntária para outras necessidades e desejos. Os autores acreditam que dessa forma conseguem uma rede de proteção social satisfatória que, ao mesmo tempo, admite não ser ilimitada. Tal concepção de um “mínimo decente” teria a virtude de conseguir conciliar as diversas teorias de justiça, já que uma única proposta de teoria de justiça é pouco provável de ser alcançada, acreditam eles.

O problema com o “mínimo decente”, todavia, não tarda a aparecer, e é mesmo óbvio. O que é o “mínimo” de que se fala aqui? O que podem ser consideradas necessidades minimamente básicas, notadamente numa nação em que o ponto de partida é a saúde como produto, numa situação de livre mercado? Considerando que as leis de mercado determinam o valor de um produto, entre outras coisas, pela demanda, quanto mais básico, mais se necessita e, portanto, mais valioso. Acrescente-se a isso a possibilidade de uma necessidade básica de saúde estar relacionada a hábitos de vida que propiciaram que tal necessidade ocorra. Medicamentos antivirais para indivíduos que contraíram AIDS por terem praticado sexo inseguro ou usado drogas sem cuidado, tratamento para alcoólatras, de câncer para fumantes e assim por diante. Beauchamp e Childress admitem a possibilidade de que seria justo cobrar-se mais dos seguros-saúde ou cobrar impostos de pessoas que deliberadamente assumem hábitos de vida mais arriscados.

Quando se referem às políticas de saúde global, Beauchamp e Childress até assumem uma posição interessante, reconhecendo a importância e mesmo acenando com um tratamento prioritário a países mais pobres: “Se o alcance da justiça social é global, esse tipo de iniquidade a partir de condições de desvantagem estaria no topo da lista de condições a serem remediadas” (2013, p. 279). Lembrem ainda que não se trata apenas de saúde no sentido estrito, mas, sim, amplo, incluindo aí determinantes sociais de saúde. Entretanto, não chegam a propor algo de concreto nesse sentido.

## **ALOCANDO, PRIORIZANDO E RACIONANDO RECURSOS**

A alocação de recursos para a saúde ocorrerá a partir do orçamento geral. Este primeiro momento deve ser suficiente para o “mínimo decente”. Uma vez separados os recursos para a saúde, deve se proceder à alocação entre as diferentes situações em saúde, levando-se sempre em consideração que não existe somente medicina terapêutica, mas também preventiva e proteção ambiental, auxílio à pobreza, enfim, levando em consideração que os recursos gerais, uma vez alocados à saúde, não se deve esquecer dos determinantes sociais de saúde. O próximo passo é, dentro de cada categoria destinar para diferentes focos de atenção. Finalmente, lidar com os recursos escassos, já que as demandas podem ser ilimitadas.

Estabelecer prioridades é sabidamente difícil, e os autores citam um caso concreto de tentativa nesse sentido, ocorrido no estado do Oregon, que teve como resultado algumas distorções bizarras. Por exemplo, em seu sistema de prioridades, tratamento dentário menor estaria acima de uma apendicectomia. Propõem, então, algumas estratégias para estabelecer prioridades em saúde. Uma primeira seria a utilitarista, seriam prioridades as ações em saúde que alcançassem o maior benefício com o menor custo. Bastante justa e racional à primeira vista, também pode provocar distorções, discrimi-

nando contra grupos mais vulneráveis que, mesmo precisando mais, não pontuariam bem numa tabela de custo/benefício. Outra possibilidade seria a que levaria em conta a opinião de algumas pessoas ao estabelecer as prioridades, por exemplo, a opinião pública. Tal abordagem carrega em si o perigo de a opinião se formar por vias completamente estranhas às que realmente importam à questão posta. Beauchamp e Childress não se decidem por uma abordagem para resolver o dilema da priorização.

Ao tratar do racionamento de recursos, os autores lembram: “Numa economia de mercado, todos os tipos de mercadorias - incluindo cuidados em saúde - são em certa medida racionados pela capacidade de pagar” (2013, p. 184). Duas abordagens seriam possíveis para a tomada de decisão em situação de racionamento de tratamentos escassos para pacientes. De novo, a utilitária, e a igualitária. Os autores acreditam que estas podem ser combinadas. Por outro lado, em sua conclusão final ao capítulo, admitem que eficiência (utilidade) e justiça (igualitarismo) geralmente entram em conflito. “Inevitavelmente, negociações entre equidade e eficiência ocorrerão”.

### **O PRINCÍPIO DO RESPEITO À AUTONOMIA: SOBRE A AUTONOMIA**

Beauchamp e Childress (2013) abrem o capítulo dedicado ao princípio do respeito à autonomia abordando as críticas que lhe são dirigidas particularmente quanto a este princípio. Os autores acreditam que “o respeito às decisões autônomas das pessoas está tão profundamente enraizado na moralidade comum como qualquer outro”, mas “não tem sempre prioridade sobre todas as outras considerações morais” (p. 101). Interessante e reveladora a escolha de palavras aqui - sempre. Dá a entender que tem, de forma geral, prioridade, mas não sempre. Outro ponto reforçado pelos autores é de que tratam da autonomia no contexto biomédico, e não bioético. Interessa a eles apenas a autonomia de pacientes e participantes de pesquisa.

Seriam três as condições que necessitam ser preenchidas para que um ato seja considerado fruto de um sujeito autônomo: 1- Intencionalidade. 2- Compreensão. 3- Controle (não-coerção). A intencionalidade não elimina a possibilidade de ocorrência de um resultado indesejável. Ter a intenção de fazer algo pode incluir prever meios desagradáveis ou mesmo resultados indesejados (como a discussão da regra duplo efeito, no princípio de não-maleficência, demonstra). Por sua vez, a compreensão não implica, necessariamente, compreensão absoluta e completa de algo. Coerentes com sua proposta de uma autonomia “real” e não “ideal”, os autores acreditam que seja possível ser autônomo sem compreensão total, desde que esta seja suficiente para proporcionar subsídios ao sujeito. Dificuldades cognitivas, problemas na comunicação, imaturidade podem comprometer a compreensão substancialmente e, conseqüentemente, a autonomia. Quanto ao controle, diz respeito ao autocontrole, a ausência de pressões, sejam externas ou internas (este seria o caso em algumas doenças).

Embora a primeira das condições - intencionalidade - não tenha espaço para gradações (ou um ato é intencional, ou não é), as duas seguintes têm. Tanto a compreensão quanto a coerção podem ser mais ou menos significativas. Em linguagem estatística, a intencionalidade seria uma variável nominal, enquanto compreensão e controle, variáveis contínuas. A consequência disto é que o próprio conceito de autonomia equivaleria a uma variável contínua, e é preciso estabelecer um ponto a partir do qual classifica-se uma ação como autônoma ou não-autônoma.

O próximo ponto abordado pelos autores diz respeito ao conceito de ‘autoridade’ em sua relação com a autonomia. Não é todo tipo de autoridade que será coercitivo. Por exemplo, a autoridade religiosa não o será se o sujeito a tiver abraçado espontaneamente. Assim também o caso da autoridade médica, em que o sujeito se submete ao que se lhe é prescrito. Nesse sentido vale lembrar uma diferença da qual os autores não lançam mão. Hans-Georg Gadamer (2006) chama de autoritário aquele que exerce sua autoridade de forma impositiva, e de autoritativo aquele que a exerce de forma humilde, abrindo espaço para a possibilidade de crítica autoritativa seria o caso de uma relação plenamente (ou pelo menos satisfatoriamente) autônoma, enquanto autoritária, não.

## **RESPEITO À AUTONOMIA**

O princípio do respeito à autonomia comportaria duas modalidades, sendo uma negativa (fraca) e outra positiva (forte). A negativa seria mais fraca pois requereria do agente moral apenas que não interferisse na decisão do paciente moral. Já a positiva é mais exigente, já que um dos requisitos para o exercício da plena autonomia está em direta correlação com a compreensão do paciente moral, por sua vez relacionado com o acesso à informação. É dever do agente, então, prover o paciente de toda informação pertinente à possibilidade de uma decisão autônoma, portanto, uma posição ativa, mais forte do que simplesmente não interferir. De fato, o que acontece é mesmo uma interferência, mas positiva, necessária à compreensão do paciente.

Como todo princípio, defendem Beauchamp e Childress, também o do respeito à autonomia precisa de ser especificado por meio de regras morais práticas. Estas seriam, por exemplo: 1- Diga a verdade. 2- Respeite a privacidade dos outros. 3- Proteja informações confidenciais. 4- Obtenha consentimento para intervenções. 5- Quando instado, ajude outros a chegar a suas decisões.

Sendo a preponderância de cada princípio apenas *prima facie*, também o será o do respeito à autonomia. Entretanto, novamente aqui a escolha de palavras não deixa de ser intrigante e de certa forma reveladora: “considerações morais concorrentes às vezes se sobrepõem a este princípio” (2013, p. 107). Cabe a pergunta: Se outras considerações morais somente “às vezes” preponderam sobre o princípio de respeito à autonomia, então é a regra que este prevaleça?

Algumas de tais situações são enumeradas pelos autores. Seriam os casos de colocar em perigo a saúde pública, demandar recursos escassos, ou ainda pôr em risco pessoas inocentes, por exemplo. Outras situações seriam exemplos de impossibilidade de exercício de autonomia, como em pessoas imaturas, mentalmente incapacitadas, etc. Mas nestes casos os autores alertam que não se trata de despeitar tais pessoas, mas, sim, de protegê-las por não terem como exercer elas próprias sua autonomia.

Uma crítica que se faz ao princípio do respeito à autonomia é rebatida por Beauchamp e Childress. Citando dois estudos realizados em pessoas de culturas diferentes, que demonstraram (um deles) que americanos de origem coreana e mexicana, e (o outro) que índios navajos tinham uma percepção de autonomia bastante diferente do americano de origem europeia ou africana, os autores discordam da conclusão dos estudos, que seria negativa à abordagem principialista. O fato de pessoas delegarem a decisão a outros e não desejarem eles próprios terem acesso a informações a respeito de sua saúde, ponderam Beauchamp e Childress seria, por si só, uma manifestação de sua autonomia.

## CONSENTIMENTO

Consentimento é elemento chave ao respeito à autonomia. Beauchamp e Childress reconhecem possibilidades diferentes para sua obtenção em contexto de cuidados de saúde. Idealmente, será explícito, fruto de um exercício pleno, bem informado, da autonomia. Mas há situações em que pode ser implícito, inferido. Tais situações, entretanto, facilmente se configuram bastante questionáveis. Como no caso de um consentimento presumido por parte de pacientes que dão entrada em hospitais-escola, particularmente se em situação bastante vulnerável, como quando se encontram anestesiados.

Uma outra forma de consentimento presumido e também por isso problemática, seria a que pode ser encontrada em situações de saúde pública. A política de se inverter a opção no caso de doação de órgãos, por exemplo. Em vez de exigir que os doadores manifestem seu desejo, exigir que os não-doadores manifestem sua recusa. Por trás dessa estratégia, além da consideração de beneficência aos receptores sem maleficência aos doadores, está o fato de se contar com a inércia. Nos EUA não é assim e Beauchamp e Childress perguntam-se como se daria se assim fosse, alertando que uma tal medida teria de vir acompanhada de uma vigorosa campanha de informação. A recente e malfadada experiência do Brasil lhes dá razão.

O consentimento será sempre do paciente ou participante de pesquisa. Beauchamp e Childress rechaçam as abordagens que propõem um “consentimento compartilhado”, pois abre a possibilidade de um retorno ao paternalismo nas relações entre profissional de saúde (ou de pesquisa) e o paciente (ou participante). Para que possa ser dado de forma satisfatoriamente autônoma, é necessário que o paciente/participante de pesquisa tenha compreendido, senão completamente, pelo menos substancialmente seu conteúdo (se formal) ou a circunstância (se informal). Para tanto, é necessária a disponibilização efetiva das informações pertinentes. A realização de procedimentos médicos ou pesquisas biomédicas sem a obtenção de um satisfatório consentimento, obtido a partir da disponibilização efetiva das informações não será, na maioria das vezes, moralmente aceitável.

É interessante notar que Beauchamp e Childress, ao tratarem das diferentes formas de justificação para disponibilizar (ou não) informações, fazem considerações que podem ser consideradas como pertinentes à própria teoria da moralidade comum. De acordo com eles, duas dessas formas, os padrões de prática profissional, e o padrão da pessoa razoável possuem grandes dificuldades para serem adotadas. A primeira, porque “é incerto que em muitas situações haja de fato um padrão costumeiro para a comunicação em medicina” (2013, p. 126). A segunda, pela dificuldade de se definir o que seja uma “pessoa razoável”. Ora, se moralidade comum se refere a “normas sobre o certo e o errado amplamente compartilhadas”, ou seja, se é certo e errado aquilo com que estamos acostumados, e se tais normas são compartilhadas “por pessoas moralmente comprometidas”, portanto razoáveis, não seria despropositado concluir que os próprios autores estão fornecendo aqui elementos críticos à sua fundamentação na moralidade comum.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da pretensão de universalidade de seus autores, fundamentada numa suposta “moralidade comum”, a bioética principialista de Beauchamp e Childress representa não uma moralidade universal, mas, sim, particular, peculiar aos meios biomédicos. Nesse sentido, gozam de rápida e intuitiva incorporação ao vocabulário e modo de pensar biomédico, portanto na prática clínica e, em certa medida, também nas pesquisas biomédicas. São elementos de uma gramática moral assimilada desde os primeiros anos de formação de profissionais da saúde, que passam a se valer dela em seu dia-a-dia, de forma automática. A seguirmos o pensamento de John Dewey (2008): “Para propósitos práticos, moral significa costume, tradições populares, hábitos coletivos estabelecidos”.

No meio biomédico, não-maleficência e beneficência (desde sempre) e respeito à autonomia e justiça (mais recentemente) são rotineiramente considerados, ainda que não necessariamente “dando-se nome aos bois”. Pode-se vocalizar um raciocínio para justificar uma decisão tomada em que se decidiu não tratar um paciente porque este não quis, sem pronunciar uma única vez a palavra autonomia. Ou solicitar a intervenção do poder judiciário para fazer uma transfusão de sangue numa criança cujos pais não permitem o procedimento por motivos religiosos, sem dizer que se está colocando a beneficência em primeiro lugar. E assim por diante. As crenças compartilhadas no meio biomédico prescindem dos pressupostos de uma moral universal. Basta-lhes a intuição dos princípios.

Diante disso é fácil compreender a popularidade do principialismo, que não chega a ser uma bioética, mas uma ética biomédica. Tem seus méritos, é verdade. Mas está longe de ser uma teoria que dê conta da complexidade que é a bioética.

## REFERÊNCIAS

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
- CLOUSER, K. D.; GERT, B. A critique of principlism. **The Journal of Medicine and Philosophy**. 1990, v. 15, p. 228.
- DEWEY, J. **Human Nature and conduct**. New York: Barnes and Noble, 2008, p. 43-48.
- DONAGAN, A. **The theory of morality**. Chicago: The University of Chicago Press, 1977. p. 105.
- FOOT, P. The problem of abortion and the doctrine of the double effect. **Oxford Review**, 1967, v. 5, p. 5-15.
- GADAMER, H. -G. Autoridade e liberdade crítica. In: GADAMER, H. -G. **O caráter oculto da saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006, p. 122-129.
- GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e Injustiça**. São Paulo: Loyola; 2003, p. 35-44.