



Os princípios bioéticos

Bioethical principles

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho¹

Surgida no final da década de 60, a Bioética é, na definição de Giovanni Berlinguer, “Uma disciplina filosófica que conecta a ciência, a vida e a moralidade”.

Já para Marcos Segre é “A parte da Ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde). A Bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida)”.

Em 1979, Tom Beauchamp e James Childress apresentam, pela primeira vez, os quatro princípios bioéticos: Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça.

A autonomia é o único dos princípios bioéticos que não é contemplado no Juramento de Hipócrates, escrito no século V a.C.

Todos os princípios são igualmente importantes, não havendo hierarquia entre eles.

O Princípio da Beneficência nos leva a buscar maximizar o benefício e minimizar o risco e/ou o dano ao paciente.

No Juramento de Hipócrates encontramos “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” e, ainda, “Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário...”.

No Código de Ética Médica temos o Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - É vedado ao médico: Artigo 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

O Princípio da Não Maleficência nos faz buscar minimizar o risco e/ou o dano ao paciente, ou seja, o axioma hipocrático “*Primum non nocere*”.

No Juramento de Hipócrates encontramos “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém” e, ainda, “Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário...”.

No Código de Ética Médica vemos o Capítulo III - Responsabilidade profissional - É vedado ao médico: Artigo 1º. Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência. Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

O Princípio da Autonomia nos ensina que, fora em situação de risco de morte, cabe ao paciente decidir sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas a que quer se submeter.

Autonomia é a capacidade de um indivíduo gerir a sua vida, valendo-se de seus próprios meios, vontades e princípios. Só não prevalece quando não há risco de morte, se houver incapacidade do paciente em decidir pela própria vontade, seja por não ter a compreensão correta do problema, por não poder avaliá-lo adequadamente ou por não poder decidir.

Precisamos ter em mente que, embora os pais sejam responsáveis por seus filhos, não são os seus donos. Crianças e os adolescentes têm vontades e personalidades próprias e, portanto, têm direito a graus diferentes de autonomia.

Essa capacidade da criança e do adolescente em enfrentar problemas é diversificada e subjetiva. Varia com a maturidade e o grau de compreensão. Algumas vezes, crianças podem apresentar maturidade e compreensão maiores do que outras cronologicamente mais velhas. As crianças e os adolescentes

¹ Professor Assistente da Universidade Iguazu. Curso de Saúde da Criança e do Adolescente. Curso de Bioética Médica, Nova Iguazu, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho.

Universidade Iguazu. Av. Abílio Augusto Távora, nº 2134, Nova Iguazu, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. País. CEP: 26275-580. E-mail: carlindo@cremerj.org.br

devem ter direito à autonomia no limite de seu discernimento. Mas a avaliação da capacidade de discernimento do paciente pediátrico é sempre subjetiva e, portanto, poderá ser injusta.

No processo de tomada de decisão pelo médico, durante o atendimento ao paciente, temos graus variados de envolvimento, dependendo do tipo de paciente.

No atendimento de emergência a um paciente em parada cardiorrespiratória que dá entrada desacompanhado o grau de envolvimento é baixo e o médico decide sem se preocupar em obter autorização do paciente ou do responsável legal.

No atendimento a alguém hígido e de posse de suas faculdades mentais o envolvimento é médio e o paciente tem o direito de decidir sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas, desde que não haja risco de morte.

No atendimento a um paciente terminal o envolvimento é alto e a vontade do paciente deve prevalecer.

No código de ética médica:

Capítulo I - Princípios fundamentais - XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Capítulo IV - Direitos humanos - É vedado ao médico: Artigo 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Capítulo IV - Direitos humanos - É vedado ao médico: Artigo 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Capítulo IV - Direitos humanos - É vedado ao médico: Artigo 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - É vedado ao médico: Artigo 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - É vedado ao médico: Artigo 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Capítulo IX - Sigilo Profissional - É vedado ao médico: Artigo 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Capítulo XII - Ensino e pesquisa médica - É vedado ao médico: Artigo 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa. Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Há a preocupação com a autonomia do médico:

Capítulo I - Princípios fundamentais - VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Capítulo II - Direitos dos médicos - É direito do médico: IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II - Direitos dos médicos - É direito do médico: IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - É vedado ao médico: Artigo 36 - Abandonar paciente sob seus cuidados. § 1º - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder. § 2º - Salvo por motivo causa, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável, mas continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

O Princípio da Justiça é o dever de agir com equidade, oferecendo mais a quem tem menos e menos a quem tem mais. Devemos tratar os desiguais, desigualmente.

No Juramento de Hipócrates "Aquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto".

No código de ética médica:

Capítulo III - Responsabilidade profissional - É vedado ao médico: Artigo 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos

melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Capítulo XII - Ensino e pesquisa médica - É vedado ao médico: Artigo 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Enfrentemos os conceitos de Eutanásia, Ortotanásia e Distanásia:

Eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um doente incurável. É proibida pelo Código Penal brasileiro e pelo Código de Ética Médica.

Ortotanásia é o não prolongamento artificial do processo de morte, além do que seria o processo natural. Está contemplada no Código de Ética Médica.

Distanásia é o prolongamento artificial do processo de morte, com sofrimento do doente, mesmo que o conhecimento médico vigente não ofereça possibilidade de cura ou de melhora do paciente. É a obstinação terapêutica inaceitável, pois não visa o interesse do paciente.

Embora haja dificuldade, mesmo entre os médicos e os demais profissionais da saúde, em lidar com a morte, precisamos entender que ela é parte inerente da vida e que precisamos estar preparados para lidar com a morte inevitável de um paciente, respeitando a sua dignidade e poupando-o de um sofrimento desnecessário.

Na nossa prática diária, deparamos-nos com um número considerável de leitos de Terapia Intensiva ocupados por pacientes sem possibilidade de cura ou melhora que deveriam estar em Unidades de Cuidados Paliativos, mas ocupam vagas de alta complexidade que poderiam ser mais bem utilizadas por pacientes com potencial de recuperação.

É importante reconhecermos que muitas vezes o mais importante é darmos aos nossos pacientes a possibilidade de uma morte digna. Como disse a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross “Morrer com dignidade é morrer com os meus valores, cercado das pessoas que eu amo”. Certamente não se consegue isso em uma Unidade Terapia Intensiva, onde a morte é solitária e impessoal.

O Dr. Daniel Callahan, filósofo e bioeticista, propõe que a morte seja integrada aos objetivos da Medicina, como ponto final dos cuidados médicos, e não, ser considerada como uma falha da atuação médica. A Organização Mundial de Saúde, em documento de 1977, disse que “Inevitavelmente, cada vida humana chega ao seu final. Assegurar que isso ocorra de

forma digna, cuidadosa e o menos dolorosa possível, merece tanta prioridade como qualquer outra”.

Quando estamos tratando um paciente gravemente enfermo nos deparamos com duas situações. A primeira quando há possibilidade de recuperação e a segunda quando a morte é inevitável.

Quando há possibilidade de recuperação do paciente devemos colocar a beneficência acima da não maleficência. A preservação da vida sendo mais importante que o alívio do sofrimento. A obstinação terapêutica se mostrando justificável.

Quando há inversão desta expectativa e a morte se mostra inevitável, devemos privilegiar a não maleficência e o alívio do sofrimento (ortotanásia), deixando a beneficência e a preservação da vida de lado. A obstinação terapêutica se torna inaceitável (distanásia).

Devemos tomar essas decisões respeitando a autonomia do paciente e procurando sempre agir com justiça.

O Código de Ética Médica corrobora no Capítulo V - Relação com pacientes e familiares - É vedado ao médico: Artigo 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

REFERÊNCIAS

1. Berlinguer G. Bioethics, Health and Inequality. *Lancet*. 2004;364(9439):1086-91. PMID: 15380970 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17066-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17066-9)
2. Oselka G. O Código de Ética Médica. In: Segre M, Cohen C, orgs. *Bioética*. 3a ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. p. 63-8.
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1979.
4. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União*. 24 de setembro de 2009;(seção I:90-2). Retificações em: *Diário Oficial da União*. 13 de outubro de 2009; (seção I:173). [acesso 2017 Fev 27]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm
5. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Juramento de Hipócrates [acesso 2017 Fev 22]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Historia&esc=3>
6. Callahan D. *The troubled dream of life: living with mortality*. 1st ed. New York: Simon & Schuster; 1993. p. 188-91.
7. Piva JP, Carvalho PRA, Garcia PCR. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 4a ed. São Paulo: Medsi; 1997.