

Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde

From the principlist ethics to the intervention bioethics: its use in the health

Del principialistas a la ética de la intervención bioética: su uso en la salud

Ana Flávia Viana Campello de Melo Bandeira Coêlho¹

Anelise Krause Guimarães Costa²

Maria da Glória Lima³

RESUMO

A Bioética da Intervenção preocupa-se em discutir os conflitos éticos e problemas persistentes, com uma visão holística para além dos conceitos da bioética principialista. Este artigo tem por objetivo fornecer conteúdo bioético básico para os profissionais da área de saúde, por meio da exposição dos conceitos do principialismo e da bioética de intervenção com enfoque nas necessidades contemporâneas. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica com base em leituras textuais sobre a bioética principialista e de intervenção. O conhecimento do avanço da bioética em suas concepções teóricas pode ajudar os profissionais de saúde

na tomada de decisão frente aos conflitos bioéticos que ultrapassam os conceitos da bioética principialista, ainda hegemônica no campo da saúde.

ABSTRACT

Bioethics Intervention worries to discuss ethical conflicts and persistent problems with a holistic view beyond the concepts of principlist bioethics. This article aims to provide basic bioethical content for professionals in health, through exposure of concepts and bioethics principlism intervention focusing on contemporary needs. To this end, we conducted a literature review based on textual readings on principlist and intervention bioethics. The advancement of knowledge of bioethics in their theoretical conceptions can help health professionals in decision, facing the bioethical conflicts that go beyond the concepts of principlist bioethics which is still hegemonic in the health field.

RESUMEN

La Bioética de la Intervención se concierne a discutir los conflictos éticos y los problemas persistentes, con una visión holística más allá

1 Jornalista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Colabora do Programa de Humanização em Saúde *Arte na Medicina* da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Humanização e Arte na Saúde da UPE.

2 Cirurgiã-dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva; Especialista em Odontopediatria; Especialista em Bioética e Especialista em Odontologia Legal

3 Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília.

de los conceptos de bioética principialista. Este artículo pretende ofrecer contenidos básicos bioéticos para profesionales en el área de la salud, exponiendo los conceptos de lo principialismo y de la bioética de intervención con enfoque en las necesidades contemporáneas. Con este fin, se realizó una revisión de literatura sobre la base de las lecturas textuales en bioética principialista y de intervención. El conocimiento de lo avanza de la bioética en sus conceptos teóricos puede ayudar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones en relación a los conflictos bioéticos que van más allá de los conceptos de la bioética principialista, todavía hegemónico en el campo de la salud.

Palavras-chaves: teoria ética, ética baseada em princípios, princípios morais, bioética, moralidade, ética médica.

Keywords: ethical theory, ethics based in Principles, moral Principles, morality medical ethics.

Palabras clave: teoría ética, principios éticos, la ética basada en principios, principios morales, moral, la ética médica.

INTRODUÇÃO

Os avanços da ciência e da tecnologia e as notáveis transformações sócio/culturais resultantes dessas conquistas impõem uma grande reflexão no campo da saúde, dada as implicações na tomada de decisão frente à defesa da vida, ao enfrentamento das desigualdades sociais e a sustentabilidade natureza/sociedade, baseada nos Direitos Humanos e na defesa da dignidade da pessoa humana.

A bioética é um importante instrumento para subsidiar a prática dos profissionais e os debates frente aos dilemas decorrentes do progresso biotecnocientífico, suas consequências e aplicações, fornecendo uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.

O principialismo tornou-se a mais conhecida das teorias bioéticas da atualidade por lidar com os conflitos morais tecnicamente, de forma clara e objetiva, no sentido de proporcionar uma rápida assimilação dos princípios aos profissionais de saúde, assegurando-os o acesso a soluções rápidas no atendimento médico-assistencial e na pesquisa biomédica¹.

Contudo, os princípios norteadores do principialismo mostraram-se insuficientes para abarcar a complexidade dos problemas persistentes nas questões sanitárias, sociais e ambientais, sendo então proposta a bioética da intervenção na década de 90, como a mais adequada para lidar com as diversidades socioculturais e os avanços biotecnocientíficos.

Assim, este trabalho teve por objetivo contextualizar e analisar as concepções bioéticas do principialismo e da intervenção, com enfoque nas necessidades contemporâneas, de forma a fornecer conteúdo bioético básico para os profissionais da área de saúde a fim de subsidiar a tomada de decisão frente aos possíveis dilemas éticos presente no campo da saúde.

Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica, inicialmente a partir das discussões e leitura de artigos na Disciplina Fundamentos da Bioética, do Programa de Pós-Graduação em Bioética da

Universidade de Brasília, durante o período de abril a julho de 2013. Textos de apoio e livros dos autores Beauchamp e Childress, e Volnei Garrafa foram consultados para a delimitação do objeto de estudo, além de outras bibliografias sobre o tema. Como também, foi realizada uma consulta às bases de dados Lilacs, Pubmed e Medline, com o intuito de fazer uma revisão bibliográfica sobre artigos críticos à Teoria Principlista. Uma série de palavras-chaves foram utilizadas na consulta, como por exemplo teoria ética, princípios éticos, ética médica, principlismo, Beauchamp e Childress, ética baseada em princípios, moralidade comum, conflitos éticos.

1. Origem da concepção Bioética

A bioética surgiu nos Estados Unidos entre o final dos anos 1960 e o começo dos anos 1970, quando uma série de fatores histórico-culturais chamou a atenção para a ética aplicada, levando a uma nova visão moral de mundo. Com o fim da II Guerra Mundial houve uma grande mobilização por parte das nações vencedoras para impedir que as atrocidades praticadas pelos nazistas, nos campos de concentração, voltassem a acontecer⁴. O período Pós-Guerra foi marcado pelos movimentos sociais, como por exemplo, o movimento feminista, de negros, indígenas, estudantil e pelos movimentos culturais².

Em 1947, as denúncias dos experimentos em seres humanos foram submetidas ao Conselho de Crimes de Guerra. O veredito do Julgamento de Nuremberg foi responsável por adotar dez

4 Um dos experimentos tinha por objetivo entender como o corpo humano reagia à hipotermia. Cerca de 300 pessoas foram mantidas dentro de um tanque de água gelada por várias horas até que ficassem entre a vida e a morte. Depois, eram reanimadas e novamente imersas até à sua morte.

diretrizes, passando a constituir o Código de Nuremberg. Este documento é conhecido hoje como Declaração de Helsinque e, embora não tenha força de lei, serve para nortear todas as pesquisas realizadas em seres humanos.

Em 1948, a Assembléia Geral das Nações Unidas promulgou a Declaração dos Direitos Humanos, contendo *os princípios fundamentais do direito à vida e à liberdade inerentes a cada ser*³. No entanto, os países que promoveram o julgamento em Nuremberg continuaram a praticar experimentos em seres humanos⁵.

Diante dos abusos morais, em 1966, o médico anestesista Henry Beecher publicou um artigo⁶ de grande repercussão internacional, demonstrando a sua posição contra à violação da dignidade da pessoa humana.

Neste contexto, o termo bioética, um neologismo inventado no início da década de 70, nos Estados Unidos, pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, na sua obra *Bioethics: a Bridge to the Future*, apresentou uma visão global e holística da bioética com

5 Três fatos chocaram a opinião pública: 1) Em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, foram injetadas células cancerosas vivas em doentes idosos; 2) De 1950 a 1970, no hospital público de Willowbrook, em Nova York injetaram o vírus da hepatite em crianças com limitações mentais; 3) Em 1972, foi realizado, na comunidade negra de Tuskegee no estado do Alabama, outro experimento que estava em prática desde os anos 30. Um grupo de 400 negros, infectados com sífilis, foram mantidos sem tratamento durante 40 anos, com a conivência do governo norte-americano. A pesquisa estudou o desenvolvimento da doença, dos seus primeiros sintomas até a morte do indivíduo.

6 O trabalho de Beecher consistiu em separar 22 relatos de experimentos que atentavam contra os direitos humanos e as recomendações contidas nos códigos internacionais que regulam tais pesquisas. Essas pesquisas foram divulgadas em um artigo de sua autoria, publicado em 16 de junho de 1966, na revista científica *The New England Journal of Medicine*, sob o título *Ethics and Clinical Research*.

uma proposta de desenvolver uma ética das relações vitais dos seres humanos entre si e dos seres humanos com o ecossistema. Segundo o autor, *é somente através do diálogo entre ciência e humanidades que será possível a construção de uma ponte para o futuro*³.

Em 12 de junho de 1974, foi criada a *Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental*⁷, formada por 11 profissionais de diversas áreas. Após quatro anos, a Comissão publicou o documento intitulado *Relatório de Belmont*, divulgado em 1978, o qual apresentou princípios fundamentais para a resolução dos conflitos éticos suscitados por tais experimentos.

Nas seções seguintes serão apresentados os fundamentos da ética principialista, as críticas de diferentes autores a esta teoria e a Bioética da Intervenção como forma de responder mais adequadamente as diversidades e as desigualdades culturais, promovendo a análise dos macroproblemas bioéticos persistentes ou cotidianos enfrentados por grande parte das populações dos países subdesenvolvidos ou em processo de desenvolvimento, o que pode subsidiar a tomada de decisão por parte de profissionais de saúde sobre os dilemas éticos vivenciados no campo da saúde.

2. A Bioética e o Principialismo

Em 1971, fundou-se o *Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*, na Georgetown University de Washington (D.C.),

⁷ A Comissão Nacional para a Proteção de Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental visava responder as urgências referentes às novas questões conflituosas e problemáticas e, investigar quais os princípios éticos deveriam orientar experimentos em seres humanos na pesquisa biomédica.

e os seus cientistas, como Tom L. Beauchamp, James Franklin Childres, utilizaram o termo Bioética num sentido diferente daquele de Potter (*Global Bioethic*). Para eles, a bioética não é a nova “ética científica”, mas sim a ética aplicada ao campo médico e biológico. Com a publicação da *Encyclopedia of bioethics*, publicada em 1978 pelo Kennedy Institute, o conceito de Bioética vem sendo utilizado para indicar a reflexão sobre as questões éticas que se colocam em âmbito médico-biológico.

Em 1979, inicia-se uma fase de consolidação da Bioética com a proposta de Beauchamp e Childress, autores norte-americanos da obra *Principles of Biomedical Ethics*, que desenvolveram uma teoria de “ética aplicada” denominada Teoria Principialista. Os princípios, na concepção dos autores, servem para nortear as pesquisas biomédicas e os argumentos nas discussões dos casos clínico-assistenciais.

A Teoria Principialista tem como referência os três princípios do Relatório de Belmont - *autonomia, beneficência e justiça*, e mais um quarto princípio, o da *não-maleficência*. Os dois primeiros de *caráter teleológico* e os outros dois de *caráter deontológico*^{5:15}.

A Bioética principialista, anglo-saxônica coloca em evidência a autonomia em relação aos demais princípios, em razão de sua forte conotação individualista, sendo mais centrada na resolução de dilemas e conflitos individuais biomédicos.

2.1 O princípio do respeito à autonomia

Segundo a etimologia grega autonomia é a capacidade de se governar por si mesmo

[autos (próprio) + nomos (governo)]. Significa autogoverno, autodeterminação da pessoa de tomar decisões que afetem sua vida, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade de o ser humano decidir o que é “bom” ou o que é o seu “bem-estar”⁸. Ou seja, é a capacidade de pensar, de decidir e agir de modo livre e independente, sem qualquer impedimento.

O conceito de pessoa autônoma pode ser definido como:

aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas^{6:12-19}.

O princípio do respeito à autonomia difere do conceito de autonomia. Respeitar a autonomia das pessoas é um dever moral. Significa reconhecer os valores, *o pluralismo ético-social*, aspirações e pontos de vistas de cada indivíduo e ainda propiciar as condições para que as ações autônomas possam ser realizadas⁷.

Beauchamp e Childress expõem que a *autonomia* tem diferentes significados, tais como: *autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo*^{8:137}. Eles estabeleceram algumas regras morais mais específicas:

1) “Dizer a verdade”; 2) “Respeitar a privacidade dos outros”; 3) “Proteger informações confidenciais”; 4) “Obter consentimento para intervenções nos pacientes” e 5) “Quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes”^{8:145}.

8 Cf Munõz DR e Fortes PAC, 1998.

Estes autores, baseados no Relatório Belmont⁹, argumentam que o princípio do respeito à autonomia não deve ser aplicado a indivíduos com autonomia reduzida, incapazes de agir de forma suficientemente autônoma, por ainda lhe faltar a capacidade de discernir entre o bem e o mal, em razão de serem imaturos, inaptos, ignorantes, coagidos ou explorados. De acordo com^{9:63}, nas situações de autonomia reduzida, os familiares ou responsáveis legais ou os profissionais de saúde são os que decidem pelo paciente. Caso o paciente opte por não decidir e escolha a alternativa que o médico achar mais adequada, ele já está exercendo a sua *autonomia*.

As críticas apontadas após os anos 90 a esta abordagem levaram ao desenvolvimento de outro fundamento - o princípio de *respeito à autonomia* do indivíduo. Engelhardt¹⁰, na obra, *The Foundations of Bioethics*, descreve o princípio de *respeito à autonomia* no *ranking* de prioridade, tendo como base o pensamento filosófico do liberalismo norte-americano na defesa dos direitos individuais, rebatizando-o de *princípio do consentimento*.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), no artigo 3º assegura que *a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem*

9 O Relatório propunha que a autonomia teria como objetivo duas convicções éticas: 1) “os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e 2) as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas”. Cf. Garrafa, 2001.

ser plenamente respeitados¹⁰.

2.2 Autonomia e paternalismo

O *paternalismo* é exercido quando uma pessoa pratica uma ação, com intuito de atender ao melhor interesse de outra, porém sem o consentimento desta. Beauchamp e Childress¹¹ assinalam que quando uma ação médica norteadada pelo princípio da beneficência não se preocupar com a autonomia do indivíduo implicará ações paternalistas. Na visão dos autores, uma postura paternalista é aquela que determina limites à autonomia do indivíduo, nas situações de conflitos éticos, sendo justificada a sua aplicação pelos princípios da beneficência e não-maleficência.

O paternalismo médico tem sua tradição na medicina hipocrática, com um pensamento de que somente o profissional de saúde poderia realizar o cuidado e o tratamento do corpo do paciente, uma vez que detinha conhecimentos científicos.

Na obra *Ética y Vida*, Gracia¹² destaca que o médico hipocrático adotava uma postura paternalista, na medida que exercia uma relação de poder diante do paciente, já que este era visto como mentalmente incapaz de decidir sobre a doença¹¹.

Beauchamp e Childress¹² descrevem duas formas de *paternalismo*, de acordo com a

10 Cf. Artigo 3º, da DUBDH da UNESCO, 2006. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília Disponível: www.sbbioetica.org.br.
11 Engelhardt afirma que o *paternalismo* apenas é aceitável quando *existirem motivos plausíveis para justificar uma falta ou diminuição da capacidade da autonomia do indivíduo, como por exemplo as crianças ou adultos com deficiência intelectual*. Cf. Engelhardt, 1996.

12 Cf. Beauchamp TL e Childress JF, 2002.

capacidade das pessoas que sofrem restrição de sua autonomia em função da beneficência: o *paternalismo fraco* e o *paternalismo forte*¹³. O *paternalismo fraco* é aquele que envolve pessoas com restrição de capacidade. Este tipo de paternalismo é exercido sobre pessoas incapazes de exercer a sua autonomia sob o ponto de vista jurídico e incompetente sob o ponto de vista moral. O *paternalismo forte* envolve uma ação do médico contra pessoas plenamente capazes, violando o princípio do respeito à autonomia sob a justificativa de que está exercendo o bem do paciente. O paternalismo forte é justificável quando quatro critérios são atendidos:

- 1) paciente em risco, com dano prevenível;
- 2) ação paternalística previne o dano;
- 3) Benefício maior que os danos;
- 4) a ação com menor restrição de autonomia será a que deve ser adotada^{13:221}.

2.3 O Princípio da beneficência

Beneficência significa fazer o bem (à saúde física, emocional e mental). Ou seja, agir em benefício do outro. Na área da saúde, refere-se a conduta médica de agir eticamente buscando o melhor procedimento para o paciente, na tomada de decisão, considerando a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios¹⁴.

Beauchamp e Childress sugerem esclarecer os seguintes conceitos: *Beneficência*, que significa é fazer o bem. *Benevolência*, desejar o bem, e *benemerência* merecer o bem. O princípio da *beneficência* tem como regra básica da prática médico-assistencial o bem do paciente, o seu bem-estar e os seus interesses. A origem deste

13 Esta classificação foi proposta por Joel Feinberg, em 1971. Cf. 06.

princípio advêm da medicina grega e está expressa no juramento de Hipócrates¹⁵, que diz:

usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los.

O Princípio da *Beneficência* não revela sinais de como distribuir o bem e o mal. Sugere promover o primeiro e evitar o segundo¹⁴.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), menciona, no seu artigo 4º acerca dos *efeitos benéficos e efeitos nocivos*¹⁵ da beneficência. E, no artigo 3º, parágrafo 2º preconiza: *os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.*

1.4 Princípio da não-maleficência

Beauchamp e Childress ressaltam que para compreender melhor o sentido da *não-maleficência* é necessário esclarecer o conceito de *dano*. Estes autores afirmam que este termo é muito vago e pode significar *injúria, difamação, violação de direitos, tortura psíquica ou física.*

O princípio da *não-maleficência* refere-se a obrigação de não infligir mal ou dano intencional ao outro, podendo ser encontrado no juramento hipocrático da ética médica,

14 Cf. Frankena, 1963.

15 *Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, devem ser maximizados os efeitos benéficos diretos e indiretos para os doentes, os participantes em investigações e os outros indivíduos envolvidos, e deve ser minimizado qualquer efeito nocivo susceptível de afetar esses indivíduos.* Cf. Unesco, 2006.

que diz: *Primum non nocere*. Esta clássica expressão significa *Em primeiro lugar, não cause dano*^{16:94}, e propõe a seguinte afirmação: *“cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos.* Esta máxima é o dever ético básico da prática médica, apesar de os princípios não terem caráter absoluto e hierarquia^{17:47}.

Para os principialistas, as regras inferidas a partir deste princípio mostram que são conceitos distintos sendo a *não-maleficência* a obrigação de *não causar danos* e *beneficência* a obrigação de *prevenir os danos*¹⁶.

Cabe questionar se o princípio da *não-maleficência* é um novo princípio ou já incorpora o princípio da beneficência. Alguns autores defendem a união dos dois princípios ao entenderem que ao evitar o dano intencional o profissional de saúde já está, na realidade, visando o bem do paciente. Por este motivo o princípio da *não-maleficência* é o mais questionável de todos. Para Frankena, o princípio da *beneficência* incorpora o da *não-maleficência* ao significar *não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados*¹⁸.

Parte da controvérsia em relação à junção dos princípios da beneficência e da maleficência

16 Os principialistas descrevem duas vertentes para definir o termo *dano* associando ao princípio da *não-maleficência*, uma positiva e outra negativa. A forma negativa é predominante, pois *o dever de não causar dano parece ter maior peso moral do que um imperativo de beneficência.* A *não-maleficência* em sua vertente negativa é elaborada da seguinte maneira: *não se deve causar dano ou mal.* Deste princípio são derivadas regras específicas, como por exemplo: *não matarás, não causarás dor ou sofrimento aos outros e não ofenderás.* Em sua formulação positiva, admitem três regras, as quais se constituem no princípio da beneficência. São elas: (a) *deve-se prevenir o dano ou o mal;* (b) *deve-se evitar ou recusar o mal;* (c) *deve-se fazer ou promover o bem.* Cf. Beauchamp TL e Childress JF, 2001:14-64-115-226-227.

pode ser atribuída a uma situação denominada em inglês de *Slippery Slope*, que quer dizer *um plano inclinado escorregadio*.

Slippery Slope ocorre quando uma ação particular, aparentemente de menor repercussão, pode agravar-se e gerar um conjunto futuro de eventos de crescente malefício^{19:99}.

O princípio da *não-maleficência* aplica-se nos casos de *duplo efeito*. Ou seja, a dois tipos possíveis de consequências produzidas por uma ação em particular, sejam elas os efeitos desejados e os efeitos indesejáveis, que fundamentam o *Princípio do Duplo Efeito* ou *Regra do Duplo Efeito (RDE)*. Beauchamp e Childress abordam que a RDE é utilizada para:

*invocar a alegação de que um ato com dois efeitos previstos – bom e nocivo (como a morte) nem sempre é moralmente proibido, caso o efeito nocivo não seja o pretendido ou visado... É uma tentativa de justificar as condições do princípio da não-maleficência em situações nas quais um agente não pode evitar todos os danos e, ao mesmo tempo, atingir bens importantes*¹⁷.

A RDE¹⁸ admite o fornecimento de altas doses de medicamentos com o objetivo de diminuir o sofrimento de um paciente, mas pode causar a sua morte. Tal regra, originada das teorias éticas como os manuscritos de São Thomas de Aquino, preconiza que o medicamento visa o alívio da dor e não a morte do paciente. Não havendo intenção de um

17 Trecho extraído de Beauchamp TL e Childress JF, 2002: 229.

18 A RDE é aceita pela Igreja Católica e outras religiões desde a década de 1950, pois admitem utilizar este tipo de argumentação para o tratamento de doentes terminais. Cf. Beauchamp TL e Childress JF, 2002.

efeito letal, o ato não é proibido pelo princípio *não matará intencionalmente o paciente*.

1.5 Princípio da justiça

O princípio da Justiça sugere a equidade no acesso aos serviços de saúde e na distribuição dos recursos. Assim, os sujeitos participantes de experimentos biomédicos devem ser tratados de modo imparcial, por parte do pesquisador, sem discriminação social, de raça ou de qualquer outro fator relacionado a sua identidade, uma vez que os benefícios alcançados devem ser obrigatoriamente distribuídos de forma equânime entre eles.

O Princípio, fundamentado nas tradições éticas utilitarista de Mill e Kant, tem como referencial a Teoria Contratual de Justiça, de John Rawls, para explicar o conceito de *justiça*. Em 1971, ao publicar a obra *A Theory of Justice*, Rawls interpretou o termo *justiça* relacionado à equidade, como sendo normas comuns que incluem direitos iguais para todos os indivíduos sem quaisquer tipos de distinção^{20:336}.

Na sua concepção, uma sociedade somente será justa se:

*todos os valores sociais – liberdade e oportunidades, ingressos e riquezas, assim como as bases sociais e o respeito a si mesmo forem distribuídos de maneira igual, a menos que uma distribuição desigual de algum ou de todos esses valores redunde em benefício para todos, em especial para os mais necessitados*²¹.

A DUBDH, no artigo 10º sobre “Igualdade, Justiça e Equidade” descreve que:

A igualdade fundamental entre todos os

*seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa*¹⁹.

Alguns autores compreendem o termo *justiça* ligado às relações entre grupos sociais, preocupando-se com a equidade na distribuição de bens e recursos considerados comuns, como forma de igualar as oportunidades de acesso a estes bens²⁰.

Beauchamp e Childress definem o princípio de justiça como sendo uma expressão da *justiça distributiva*, que seria uma distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade. A *justiça distributiva* refere-se, à distribuição de todos os direitos (incluindo os direitos civis e políticos) e responsabilidades na sociedade.

Os autores defendem a eficácia do modelo de medicina preventiva em relação à medicina curativa. Para os autores, as questões de justiça geralmente são direcionadas a problemas relacionados à distribuição de seguros de saúde, equipamentos médicos de alto custo e compra de órgãos artificiais, quando na verdade, deveriam ser pensadas políticas públicas de prevenção na assistência primária. Eles sugerem aos gestores da área da saúde uma reavaliação da distribuição de recursos na tentativa de determinar as necessidades médicas mais essenciais nas pesquisas e terapias, e questionam se os traumatismos, males e doenças deveriam ter alguma relação de importância uns sobre os outros.

Ao definir as condições de justiça dos atos sugerem dois princípios: a) o de *justiça formal* e b) o de *justiça material*. O princípio de *justiça*

formal foi proposto por Aristóteles, quando afirmou que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente. É formal porque não estabelece as circunstâncias específicas nas quais os iguais devem ser tratados de modo igual e não fornece critérios para que se determine se dois ou mais indivíduos são de fato iguais, simplesmente, afirma que, quaisquer que sejam as circunstâncias relevantes em questão, as pessoas que forem iguais, com respeito a elas, deveriam ser tratadas de modo igual. Contudo, Beachamp e Childress questionam se há dúvidas quanto o significado do termo *igualdade* e também dos critérios para sabermos em que situações os indivíduos são iguais.

O princípio de *justiça material* justifica a distribuição igual entre as pessoas, oferecendo critérios ou características que permitam distinguir o que seria um tratamento igual de um tratamento desigual. Estes critérios consideram a distribuição baseada nas necessidades fundamentais, como exemplo²¹:

1) a todas as pessoas uma parte igual; 2) a cada um de acordo com a sua necessidade; 3) A cada um de acordo com o seu esforço; 4) a cada um de acordo com a sua contribuição (à sociedade); 5) a cada um de acordo com seu merecimento; 6) a cada um de acordo com as trocas de livre mercado.

No entanto, os autores não definem qual o critério mais adequado, mas reconhecem que características como a raça, o sexo, a posição social, por exemplo, não deveriam ser aceitas como critério para a distribuição de recursos.

Apesar da atual discussão ética acerca da

21 Trecho extraído de Beauchamp TL e Childress JF, 2002. p.356.

19 Cf. artigo 10º, da DUBDH.

20 Cf. Kottow, 1995.

distribuição e equidade dos recursos, percebe-se, na teoria principialista, que o princípio da justiça assume um papel secundário, colocando em evidência o princípio da autonomia, apesar dos principialistas considerarem que não existe uma hierarquia entre os princípios. Portanto, questões políticas, econômicas, sociais e de saúde são coladas em segundo plano e tratadas superficialmente por esta proposta de estudo. este ponto será visto mais adiante.

3. Críticas a abordagem da bioética principialista

Os autores Pessine e Barchifontaine expõem que o Principialismo se destacou pelo fato de traçar um esquema claro para uma ética normativa que tinha de ser prática e produtiva²². Para os autores, o principialismo tornou-se hegemônico no discurso bioético por várias razões, dentre elas destacam-se as seguintes:

Os primeiros bioeticistas encontraram, na ética normativa de seu tempo, o estilo dos princípios, a via média entre a terra árida da metaética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, geralmente inacessíveis; 2) O Relatório Belmont foi o documento fundamental que representou a necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas. Uma declaração simples e clara das bases éticas necessárias para regulamentar a pesquisa; 3) A nova audiência (...) foi introduzida nos dilemas éticos da época através da linguagem dos princípios, que, mais do que tornar complexa, na verdade ajudou a entender, clarear, a chegar a acordos procedimentais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pela tecnociência; 4) (...) Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas

para a percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais (...)^{22:86}

A bioética anglo-saxônica possui uma forte conotação individualista, sendo mais voltada para a resolução de problemas e conflitos individuais biomédicos e de assimetria da relação médico-paciente. De acordo com Garrafa, as questões éticas foram reduzidas para a esfera individual criando obstáculos aos objetivos iniciais e históricos da bioética, que eram de proteger os mais vulnerados.

A partir dos anos 90, começaram a surgir críticas quanto ao caráter universal dos princípios e às suas limitações na resolução dos problemas éticos persistentes ou cotidianos, principalmente sócio-econômicos, sanitários e ambientais, verificados fortemente nos países periféricos do Hemisfério Sul. Embora os princípios *prima facies* da proposta principialista sejam válidos para prática de conflitos biomédicos, a crítica reside no seu caráter universal, em razão de ser uma teoria voltada para um contexto moral distinto dos países periféricos²³.

No Principialismo a moralidade comum pressupõe a universalidade, mas, os principialistas concordam que esta é mutável. Ou seja, os princípios, as regras, as obrigações e os direitos não são padrões rígidos ou absolutos que não admitem serem modificados. Os autores justificam a proposta, alegando que a moralidade é universal, mas não é absoluta pelo fato de as normas morais admitirem especificações, por meio de regras. Então, se a moralidade é mutável, ela deveria mudar para todo o mundo. Entretanto, na realidade, as mudanças não ocorrem para todos ao mesmo

tempo, logo, a moralidade comum não pode ser universal. E é justamente esta a crítica que a corrente contrária defende. Para os críticos não é possível estabelecer uma teoria moral, universal, como é a principialista, capaz de assegurar um consenso em um contexto de pluralidade.

Na visão do bioeticista Volnei Garrafa, em suma, as principais razões pelas quais a aplicabilidade da Teoria Principialista não se adequa à realidade dos demais contextos culturais estão relacionadas às seguintes questões:

1) *A restrição à concepção original Potteriana ao âmbito biomédico;* 2) *Não passariam de uma lista de valores a serem aplicados à prática;* 3) *O modelo principialista não passa de construção “ad hoc” sem qualquer ordem sistematizada;* 4) *Os princípios com frequência competem entre si;* 5) *A teoria seria insuficiente para a análise contextualizada de conflitos que exijam flexibilidade para uma determinada adequação sociocultural;* 6) *A teoria seria insuficiente para analisar os macro-problemas bioéticos persistentes e emergentes enfrentados por grande parte da população de países com significativos índices de exclusão social;* 7) *Maximização da autonomia em relação aos demais princípios prima facies;* 8) *Categorias como responsabilidade, cuidado, solidariedade, comprometimento, alteridade e tolerância ficariam de fora, além dos 4Ps: prudência (diante dos avanços), prevenção (de possíveis danos), precaução (frente ao desconhecido) e proteção (dos excluídos e dos mais vulneráveis) também não seriam contemplados pela teoria* ^{24:130}.

Bellino explica que os princípios gerais

da Bioética são princípios penúltimos ou, por usar a expressão de Ross, ‘*prima facies*’ e, são válidos, geralmente, de maneira relativa, a fim de que cada um destes venha a colidir com um dos outros e nos obrigue a escolher qual entre eles prioritariamente devemos satisfazer^{25:199}.

A Bioética Principialista também sofreu críticas em razão do seu dedutivismo e por seu fundamentalismo diante do pluralismo cultural.

4. Bioética de intervenção

A Bioética Principialista de base biomédica e reducionista, centrada na doença como “fenômeno individual” e na “assistência médica curativa” é considerada insuficiente e ultrapassada. Em detrimento às críticas ao Principialismo, em razão da pretensão de universalidade dos seus princípios, torna-se necessário introduzir novos critérios, referenciais e/ou elementos (bio) éticos, além dos quatro princípios, devem ser incorporados para a análise de conflitos morais que exijam flexibilidade para um determinado contexto cultural; quanto para os enfrentamentos de macro problemas bioéticos persistentes ou cotidianos na análise das questões sanitárias, rompendo com o modelo hegemônico capitalista.

O contexto latino-americano requer uma abordagem ética de estudo laica e plural, voltada para a proteção dos mais gráteis e vulneráveis²⁶. Uma proposta epistemológica anti-hegemônica ao principialismo vem sendo desenvolvida desde 1990, a Bioética de Intervenção, idealizada pelo bioeticista Volnei Garrafa, cuja finalidade é preencher a lacuna do Principialismo e relacionar o discurso bioético com as questões sociais, econômicas,

culturais e de saúde pública, além das questões éticas impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e referentes à relação profissional-paciente. Fagundes *et al*²⁷ assinalam que esta vertente parte do referencial utilitarista, defendendo o ponto de vista que questões sanitárias e sociais eticamente adequadas devem atender *o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível e que resultem melhores consequências coletivas*²⁷.

No contexto atual, a saúde deixou de ser um estado *biologicamente definido*, para ser compreendida como um *estado dinâmico, socialmente produzido*^{28:163-177}. A intervenção na saúde envolve não apenas à dimensão objetiva, mas também aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

Segundo Porto e Garrafa²⁹ esta proposta rompe com o modelo biomédico hegemônico, individualista com uma visão hospitalocêntrica convergente com a bioética principialista. A abordagem biomédica reduz as possibilidades de intervenção na medida que lida com processos físicos como a patologia, a bioquímica e a fisiologia da doença e negligencia a leitura do indivíduo na sua totalidade e no contexto social onde se insere. A Bioética da Intervenção defende a idéia que a doença é socialmente produzida, em razão das circunstâncias históricas e culturais que determinam a vida social e as relações entre os indivíduos e destes com o ambiente. Ao se preocupar com os problemas macrosociais e conflitos éticos persistentes, a Bioética da Intervenção defende o ponto de vista que “o corpo é a materialização da pessoa”, e seus aspectos físico e psíquico estão intimamente

ligados às relações sociais e com o ambiente. Esta linha de estudo inclui no seu marco teórico e conceitual a noção da corporeidade, na qual o corpo individual, visto na sua totalidade somática, está ligado a um corpo social, sendo o prazer e a dor marcadores de intervenção ética. Estes indicadores representam o grau de satisfação das necessidades dos indivíduos inseridos em um determinado contexto sócio-cultural, tornado possível a compreensão da relação entre o sujeito e o contexto no qual se insere. Porto e Garrafa tecem a seguinte explanação:

a escolha da corporeidade como marco das intervenções éticas se deve ao fato de o corpo físico ser inequivocamente a estrutura que sustém a vida social, em toda e qualquer sociedade^{29:116}

O Sanitarista Giovanni Berlinguer coaduna com a proposta da Bioética da Intervenção com relação à perspectiva epidemiológica, ao defender que a doença é socialmente produzida, em razão de circunstâncias históricas e culturais pelas quais impactam na *vida social*, nas *relações de produção* e nas *ambientais*³⁰

Os referenciais teóricos da Bioética da Intervenção estão expressos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Percebe-se que essa linha de pensamento está preocupada e comprometida em ampliar as discussões éticas no campo da saúde e favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis às populações mais vulneráveis, refletindo sobre os diferentes contextos socioculturais, com base nos critérios de equidade, justiça e inclusão social. Nesta perspectiva, incorpora novas categorias para a resolução dos conflitos éticos persistentes e do

cotidiano, como:

“responsabilidade”, “cuidado”,
“solidariedade”, “comprometimento”,
“alteridade” e “tolerância, além da prudência
(frente aos avanços tecnocientíficos),
precaução (frente ao desconhecido), prevenção
(de possíveis danos e iatrogenias) e proteção
(dos excluídos sociais, dos mais frágeis e
desassistidos)”^{31:112; 24}

CONCLUSÃO

O Princípioalismo possibilitou o diálogo acadêmico, no sentido de iluminar a proposição de novas concepções bioéticas na atualidade. Esta abordagem não é um modelo pronto e acabado para a moralidade, mas funciona como um guia de ação voltado para nortear uma ética biomédica. Os princípios constituem a ferramenta mais utilizada pelos bioeticistas em razão da sua operacionalidade e praticidade, apesar de não serem absolutos e não terem uma hierarquia, dado que todos têm valor *prima facie*, e, portanto, contribuem, de certo modo, para a resolução de conflitos morais e tomadas de decisões no campo das práticas biomédicas.

Nas práticas de atenção e processo de tomadas de decisão no campo da saúde nota-se que o paternalismo impera, sob a justificativa do princípio da beneficência e não-maleficência,.

É de fundamental importância para a reflexão bioética que o princípio da justiça, a equidade e a solidariedade se sobreponham ao princípio da autonomia, tal como preconiza a DUBDH.

A Bioética da Intervenção preocupa-se em discutir os conflitos éticos e problemas

persistentes e do cotidiano relacionados às questões sanitárias, sociais e ambientais, com uma visão holística para além dos quatro princípios presentes na bioética do princípalismo. Esta linha de Estudo amplia as discussões éticas em saúde e pode favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis. Por ser consequencialista, solidária e utilitarista, sustenta o ponto de vista que as decisões e políticas sanitárias públicas e de cunho sociais eticamente adequadas, são as que atendem ao maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo possível e que resultam em melhores consequências para a coletividade.

O conhecimento do avanço da bioética em suas concepções teóricas pode ajudar melhor os profissionais de saúde na tomada de decisão frente aos conflitos bioéticos para além da bioética princípalista, ainda hegemônica no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Diniz, D, Vélez, ACG. Bioética Feminista: a emergência da diferença. Estudos Feministas. 6 (2). 1998.
2. Garrafa V. Introdução à Bioética. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Universidade de Brasília-UnB. 2001.
3. Potter VR. Bioethics, science of survival. Biol Med. 1970; 14:173-153.
4. Mori M. A Bioética: sua natureza e história. Tradução de Fermin Roland Schramm. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Ciência e Tecnologia. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs/Ministério da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

5. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G. Coords. Apresentando a Bioética. In: Iniciação a Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998:15.

6. Loch JA. Princípios da Bioética. Kipper DJ. (editor). Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria. Nestlé; 73. 2002:12-19.

7. Sgreccia E. Manual de Bioética. I-Fundamentos e Ética Biomédica. São Paulo: Edições Loyola. 1996.

8. Beauchamp, TL, Childress, JF. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola. 2002: 137-145-229.

9. Munõz DR, FortesPAC. O Princípio da Autonomia e Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V., coord. Iniciação á Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998:63.

10. Engelhardt JR, H Tristram. Fundamentos de Bioética. São Paulo: Loyola. 1996.

11. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4. ed. New York: Oxford University, 1994.

12. Gracia D. Ética y Vida – Estudos de Bioética. V.1. Fundamentación u enseñansa de la Bioética. Santa Fé de Bogotá, DC: Editorial El Búho. 1998.

13. Clouser KD, Gert, B. A critique of principlism. Journal of Medicine and Philosophy. 1990 Apr;15(2):219-36.

14. Kottow MH. Introducción a la Bioética. Santiago, Chile: Ed. Universiátia. 1995.

15. Hippocrates. The Oath. Loeb Classical Library, v.1, reprint. Harvard, Massachusetts. 1992.

16. Hippocrates. Hippocratic writings. London: Penguin. 1983:94.

17. Kipper DJ, Clotet J. Princípios de Beneficência e Não-maleficência. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998:37-51.

18. Frankena WK. Ethics. Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice Hall. 1963.

19. Schauer F. Slippery slopes. Harvard Law Rewiew. 1985;99:361-83.

20. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 1979:336.

21. Siqueira, JE. O princípio da justiça. In: Iniciação a Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998:77-78.

22. Pessini L, Barchifontaine, CP de Bioética: do Principlismo à Busca de uma Perspectiva Latino-America. In: Iniciação a Bioética. Brasília-DF: Conselho Federal de Medicina. 1998:81-98.

23. Costa SIF, Garrafa V. A bioética no século XXI. 2000.

24. Garrafa V. Da bioética de princípios uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, 13(1). 2005:125-134.

25. Bellino, Francesco. *Fundamentos da bioética: Aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Bauru, São Paulo, SP; Edusc, 1997:199.

26. Garrafa, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*. 2005; 1(2): 122-32.

27. Fagundes MJD, Diniz NM, Garrafa V. Análise da propaganda e publicidade de medicamentos e o controle público. In.: FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. *Bioética e saúde pública*. 3a ed. São Paulo: Loyola. 2009.

28. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2000; 5(1):163-177.

29. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética*. 2005; 13(1): 111-23.

30. Garrafa, V. O processo saúde-doença. *Humanidades*. 1990; 7 (1): 68-75.

31. Gonçalves, E. H. *Desconstruindo o preconceito em torno do HIV/Aids na perspectiva da bioética de intervenção*. Universidade de Brasília, tese de Doutorado em Ciências da Saúde – área de concentração em Bioética (orientador: V. Garrafa). 2005:112.

Artigo apresentado em: 07/10/2013

Artigo aprovado em: 25/11/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013