

Autonomia versus beneficência

Maria do Carmo Demasi Wanssa

Resumo O estudo discute os princípios da autonomia e da beneficência. Estabelece relação entre os dois conceitos mediante levantamento bibliográfico, cuja proposta é pontuar a evolução histórica da ética médica, da era hipocrática aos dias atuais. Diante das novas perspectivas éticas, bioéticas e morais surgidas na contemporaneidade, a discussão aponta que o modelo de decisão médica baseado no respeito à autonomia parece ser o ideal, apesar de sua difícil articulação com os parâmetros clássicos que orientam a relação médico-paciente, como ressalta a literatura nacional e internacional. Conclui considerando que se vive uma situação de transição paradigmática, na qual o modelo vigente vem deixando de fornecer respostas efetivas e seu substituto ainda não está totalmente estabelecido, sugerindo a adoção de estratégias para fomentar a discussão dentro dos órgãos de formação médica, primando pela autonomia do paciente.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia profissional. Autonomia pessoal. Paternalismo.



Maria do Carmo Demasi Wanssa

Médica clínica geral, doutoranda pelo Programa Luso-brasileiro de Doutorado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-FMUP/CFM, Brasil, corregedora do Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia, Porto Velho, Brasil

O princípio da beneficência, associado ao da não maleficência, orientou a prática médica ao longo de dois mil e quinhentos anos. Desde seus primórdios, a relação médico-paciente teve como referência o juramento hipocrático, por meio do qual o médico estabelecia o compromisso de usar a medicina em benefício dos pacientes, dentre outras obrigações.

Ao longo dos séculos, a aplicação desses princípios no cotidiano da prática profissional revestiu-se, muitas vezes, de paternalismo, dada a incontestável diferença de conhecimento sobre diagnóstico, tratamento e cura entre o médico e o paciente. A incorporação da racionalidade científica à medicina, nos fins do século XIX, conferiu ao médico autonomia técnica para a tomada de decisão, legitimando seu poder de decisão pelo domínio do conhecimento específico¹.

Se esses dois princípios permanecem no cerne da relação médico-paciente, avaliando a indispensável confiança essencial à relação, a forma como são aplicados tais pressupostos morais vem sendo muito questionada nos últimos três decênios. Ante a formulação da *Declaração Universal de Direitos Humanos*, em 1948, e das posteriores normativas voltadas aos direitos do paciente, dentre os quais, em especial, o da autodeterminação, novos desafios foram trazidos à prática médica. Nesse contexto, o princípio do respeito à autonomia do paciente tem assumido crescente importância nos debates bioéticos atuais. Tal princípio parte do reconhecimento de que todas as pessoas têm capacidade para determinar o seu próprio destino e, portanto, o direito de agir livremente, segundo sua própria consciência e valores morais. O direito à autodeterminação vem questionando profundamente a chamada atitude paternalista do médico, que, à primeira vista, saberia o que é melhor para o paciente ².

A autonomia individual, porém, está sujeita a várias regras éticas, morais, culturais e religiosas impostas pela sociedade, desde que reconhecidas como legítimas pelo indivíduo. Frente à necessidade de promover a autonomia do paciente, cabe ao médico prover a informação, assegurar a compreensão e garantir a livre adesão do mesmo ao tratamento proposto. O pressuposto com o qual se associa o respeito à autonomia do doente denomina-se consentimento informado e o instrumento utilizado para sua aplicação é identificado como termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As normas e limites desses princípios permanecem indeterminados e abertos a diferentes interpretações. Em decorrência, este estudo busca apresentar as diferentes vertentes dos expoentes literários que têm abordado o assunto, para que se possa aprofundar a busca por respostas ao problema em tela, qual seja, a definição dos limites e benefícios da autonomia do paciente e da beneficência do médico. Para tanto, o estudo bibliográfico desenvolvido estabeleceu um recorte temporal de 16 anos, selecionando e analisando a literatura publicada sobre o tema no período compreendido entre 1983 e 2009.

Da ética médica hipocrática à ética médica contemporânea

O fundamento das bases éticas da medicina tradicional foi ordenado pelo juramento hipocrático e nos livros deontológicos e normativos contidos no *Corpus Hippocraticum*. No juramento, havia o compromisso do médico em usar a medicina em benefício dos pacientes; de conservar em segredo os conhecimentos médicos, exceto para seus pares; de não manter relações sexuais com os pacientes e de não administrar substâncias que poderiam levar à morte ou provocar efeitos danosos ³. Por representar um código de normas de conduta, transformou-se em parâmetro para os próprios médicos avaliarem a sua prática.

Com a cristianização do Ocidente, o juramento passou por adaptações voltadas à moralidade cristã sem que, contudo, se alterasse a estrutura fundamental do código ético. A premissa incorporada pelo pensamento cristão

era o espírito da caridade. O caráter sacerdotal do médico foi mantido e a ética hipocrática perpetuou-se ao longo dos séculos, vez que a ética médica se converteu no paradigma de toda a ética sacerdotal ⁴.

A caridade cristã influenciou a organização social da prática médica com a criação de várias instituições, pelas ordens religiosas, que exerciam a caridade cuidando de doentes, ainda que nesse período tivessem caráter prioritariamente asilar, dedicando-se mais à exclusão do doente da vida social, para evitar o contágio, do que propriamente à cura ⁵. Do início da Idade Média até o século XII, as interações entre médicos e pacientes se nortearam por três crenças: os pacientes devem honrar os médicos, porque sua autoridade provém de Deus; os pacientes devem ter fé em seu médico e devem prometer obediência ⁵.

A partir do século XII, com o renascimento do *racionalismo* grego, após período de crise da Igreja Católica, com a abertura das faculdades de medicina nas universidades medievais e a promulgação das primeiras leis que regulamentavam o exercício da prática médica pelos candidatos, surgiu o início do processo de profissionalização da medicina. Por meio desses estatutos a medicina legitimou-se perante a sociedade, pois os médicos se baseavam num saber que só os *iniciados* podiam adquirir e lhes era garantida a proteção do Estado, assegurando o monopólio profissional.

No final do século XIX a legitimação social da medicina ganhou reforço pela incorporação da

racionalidade científica e pela mudança do paradigma médico com a instituição da medicina baseada na identificação das doenças, sinais e sintomas de acordo com as lesões anatómicas ¹. Em decorrência, o sistema médico consolidou-se, fortalecendo a ideia de que o leigo não só era incapaz de entender seus problemas de saúde, mas, e principalmente, de solucioná-los. Portanto, o desenvolvimento histórico da medicina conferiu ao médico autonomia técnica para a tomada de decisão junto ao paciente, a qual se baseava tanto no domínio do conhecimento específico quanto na legitimidade social anuída por essa classe profissional.

O princípio original da relação médico-paciente se estabelece nas relações de confiança e respeito entre ambos, condição primordial para o estabelecimento da cura⁵. A confiança do paciente baseia-se na convicção de que o médico é detentor dos conhecimentos necessários para a resolução de seu problema e o respeito do médico ao paciente é baseado nos princípios éticos da beneficência e não maleficência. O princípio da beneficência, segundo a tradição hipocrática, não comportava relações compartilhadas de decisão com o paciente. Conforme Katz, a ideia do direito de o paciente partilhar as responsabilidades de decisão com seus médicos nunca fez parte da essência da medicina ⁵.

Contudo, há de se registrar que o questionamento dessa relação paternalista entre o médico e o paciente e a emergência do princípio de respeito à autonomia e do consentimento livre e esclarecido é bastante recente. Pode-se apon-

tar seu surgimento em 1914, quando os tribunais estadunidenses começaram a interpretar os casos de intervenção no corpo do paciente, sem seu consentimento, como uma violação do direito do indivíduo à autodeterminação³. O termo *indivíduo* é definido por Dumont com dois possíveis sentidos. O primeiro é o sujeito empírico manifesto pela palavra, pelo pensamento e pela vontade, representado como a parte indivisível da espécie humana: o ser social. O segundo é aquele relativo ao ser moral, independente, autônomo e, assim, não social. A noção de indivíduo investido de direitos morais representa uma construção da modernidade⁶.

Os fundamentos da teoria moderna dos direitos humanos foram inicialmente propostos por John Locke em 1690, para quem os homens seriam iguais, independentes e governados pela razão. Essa proposição inicial define o conteúdo de cada um dos direitos que o homem deve ter em sociedade. Os primeiros são os direitos civis e políticos, como o direito à vida e saúde, à liberdade de consciência e à propriedade. Em segundo lugar estão os direitos individuais, ou seja, aqueles que dependem exclusivamente da iniciativa dos indivíduos; por último, impõem-se os deveres para consigo mesmo⁴.

O projeto de modernização atribui ao sujeito a afirmação de que cada indivíduo cria livremente a sua própria identidade – sem significar, no entanto, individualismo ou centralidade do indivíduo com ausência da esfera pública ou da representação social. O movimento tem o sentido de incorporar os direitos do

indivíduo no processo, bem como da afirmação da possibilidade de convivência democrática em sociedades baseadas na liberdade e na autonomia dos seus membros⁷.

Na metade do século XIX, cinquenta anos pós-Revolução Francesa, começou a configurar-se nova geração de direitos humanos centrada na ideia de igualdade e justiça. Tratava-se de pensar o Estado ou poder político na função de proteger os direitos fundamentais dos indivíduos e considerar que a democracia moderna só existe quando ocorre o reconhecimento dos direitos básicos da cidadania⁷.

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* promulgada pelas Nações Unidas em 1948, em reação aos horrores cometidos durante a Segunda Guerra Mundial, serve de base à proteção e promoção dos direitos da pessoa humana. Esta declaração foi promulgada pelo Tribunal de Nuremberg três anos após o término dos julgamentos dos crimes de guerra cometidos pela Alemanha nazista, após a condenação de vinte médicos devido aos brutais experimentos realizados em seres humanos. A Declaração tornou-se a base para um sistema de convenções, instrumentos, mecanismos e garantias destinados a proteger e promover os direitos da pessoa humana. Foi também criado e divulgado o documento conhecido como *Código de Nuremberg* – que, pela primeira vez, estabelece recomendações em nível internacional sobre aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos. A autodeterminação do indivíduo foi o primeiro critério enunciado e o julgamento é considerado o marco na adoção dos princí-

pios normatizadores da prática científica. Por sua vez, ações contra a negligência do médico começaram a chegar aos tribunais americanos em meados do século XIX. Foi deflagrado o movimento de constituição dos direitos do paciente à informação e ao consentimento quando de sua relação com o médico e os serviços de saúde ³.

Somente em 1957 surgiu o termo *consentimento livre e esclarecido*, após o julgamento do caso *Salgo versus Leland Stanford Jr. University – Board of Trustees*, quando, pela primeira vez, foi considerado o mérito da qualidade da informação e no dever do médico de fornecê-la, ante a alegação de negligência na execução do ato cirúrgico e por não haver advertido sobre o risco de paralisia ⁸.

No Brasil, com a promulgação da Constituição em 1988, que incorpora a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, associada à ampla participação da sociedade na VII Conferência Nacional de Saúde, foram estabelecidos os direitos da população não só ao acesso aos diferentes níveis de assistência à saúde, mas também a sua participação na formulação das prioridades da saúde por mecanismos legais. Nesse contexto, se reformula o Código de Ética Médica e se institui o Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, ambos de importância na afirmação do direito do paciente à informação e ao consentimento livre ³.

O modelo da beneficência começa, gradativamente, a abrir espaço para o modelo da autonomia. No processo de desenvolvimento da

autonomia do paciente distinguem-se três etapas: primeira, sobressai a figura jurídica da negligência profissional ou imperícia; segunda, domina a ideia da agressão, entendida pela intervenção no corpo de uma pessoa sem o seu consentimento; terceira, define-se mais claramente o conceito de consentimento esclarecido. Em geral, o desrespeito ao princípio do consentimento esclarecido costuma ser tipificado como imperícia ou negligência médica. A partir de então, a lei norte-americana reconhecia o direito do paciente à autodeterminação ⁴. Segundo Faden e Beauchamp, a doutrina do consentimento informado não provocou grandes mudanças à relação médico-paciente, acrescentando, ainda, que essa prática clínica deve ser, primeiramente, um problema ético, mais que questão legal ⁸.

Princípio da autonomia

Conceitualmente, autonomia é uma palavra derivada do grego, composta por *autos*, que significa *próprio, o mesmo, por si mesmo, e nomos*, com o sentido de *regra, governo, lei, norma* – tendo sido primeiramente utilizada com referência à autogestão de povos e estados. A partir daí, o termo autonomia adquiriu sentidos diferentes, estendendo-se a indivíduos, com significados de direitos de liberdade, autogoverno, escolha individual, liberdade de vontade. O termo adquire, portanto, sentido específico de acordo com o contexto de uma teoria ⁹. Etimologicamente, o conceito de autonomia significa a condição de uma pessoa ou coletividade autônoma; quer dizer que determina, ela mesma, a lei a que se submete ¹⁰.

A identificação entre a vontade e a razão faz do homem um ser inteiramente livre e dá origem à noção da autonomia. O indivíduo autônomo age de maneira livre, conforme o plano escolhido por si mesmo ¹¹. Em termos sociológicos, a ênfase no princípio da autonomia pode ser entendida como consequência das mudanças ocorridas nos países ocidentais, por exemplo: a substituição do conceito de sociedade familiar por individual, entendendo-se aqui o indivíduo livre; o reconhecimento do pluralismo moral no nível social, com repercussão no declínio das regulações morais impostas pelo Estado; e o processo de decisão em saúde ter se voltado para um modelo cada vez mais legalista ¹².

Vale salientar que à pessoa autônoma incluem as capacidades de raciocínio, compreensão, deliberação e escolha independente. Contudo, é interessante o ato de decisão que leva à escolha autônoma, que representa o ato de governar efetivamente e não a capacidade de governar. Pessoas autônomas com capacidade de autogoverno podem falhar ao governar a si mesmas em suas escolhas, devido a restrições temporárias impostas pela doença, ignorância, coerção ou outras condições restritivas ⁹. Em paralelo, pessoas que não são autônomas podem às vezes fazer escolhas autônomas. Uma pessoa com autonomia reduzida é controlada, de alguma forma, por outros, sendo incapaz de decidir ou agir com base nos seus desejos e planos.

Para que uma ação seja autônoma, necessita-se de algum grau de entendimento e liberdade de qualquer coerção, e não do entendimento pleno e total ausência de influências. Seria a capaci-

dade de o indivíduo agir intencionalmente ⁹. No mundo prático, a limitação da decisão do paciente ao ideal da decisão inteiramente autônoma pode provocar a privação da assistência à saúde necessária. O que é substancial ou não, é separado por linha tênue, mas há que se fixar limite que determine decisões autônomas à luz dos objetivos específicos.

Esse princípio reconhece a importância da vontade livre do paciente e do respeito que o médico deve guardar por suas dimensões moral, física e jurídica. Essa vontade qualificada pela liberdade deve ser embasada na informação e na verdade ¹¹. Assim, na inter-relação paciente-profissional ambos devem agir com conhecimento, em liberdade e com intenção, para alcançarem o *status* de sujeito moral – o que exige mútuo respeito à autonomia do outro ¹³.

Entretanto, ninguém está livre de influências externas como a família ou a comunidade moral a qual pertence. O próprio contexto do adoecer traz limites, em diferentes graus, ao exercício da autonomia. Essa conceituação credita assegurar que o princípio da autonomia deve embasar-se na livre decisão do paciente, mesmo com limitações, considerando-se que a autonomia individual não significa individualismo, haja vista as pessoas viverem em sociedade e estarem, portanto, sujeitas a várias regras éticas, morais, culturais e religiosas impostas por esta sociedade e reconhecidas como legítimas pelo indivíduo ⁹.

As exigências de autoridade de uma instituição, desde que aceitas, influenciarão na auto-

nomia de decisão. Como exemplo, uma pessoa Testemunha de Jeová que recusa a transfusão de sangue recomendada. Os indivíduos não vivem isolados da sociedade, e os princípios morais de determinada organização social e cultural exercem autoridade e influências sobre suas vidas e escolhas autônomas. Ainda, formas de conduta virtuosa, comportamento caridoso, responsabilidade no exercício das funções, são noções morais aceitas autonomamente por indivíduos, mas derivadas de tradições culturais que interferem na decisão autônoma. No entanto, o fato de se partilhar princípios não impede que esses sejam considerados partes individuais da pessoa, pois não significam fatores coercitivos à liberdade de decisão. O respeito às regras dos códigos de ética profissional são compatíveis com a autonomia⁹. O respeito à autonomia origina-se do reconhecimento de que todas as pessoas têm valor incondicional e capacidade para determinar o próprio destino. Beauchamp e Childress⁹ ensinam que *o ato de violar a autonomia de uma pessoa é o mesmo que tratá-la como um meio, sem levar em conta seus objetivos*.

O direito de autodeterminação é correlato à obrigação de não prejudicar outros. O respeito à autonomia tem, portanto, validade *prima facie* e pode ser sobrepujado por considerações morais concorrentes. A obrigação de respeito à autonomia, apesar de ampla, não se aplica a pessoas não autônomas, pois são imaturas, ignorantes e coagidas ou exploradas. São exemplos crianças e pacientes com deficiência mental, que têm a competência diminuída. Assim, a autonomia não se limita ao doente, mas se estende à família⁹.

Na prática, o princípio da autonomia implica em promover, o quanto possível, comportamentos autônomos por parte dos pacientes, informando-os, assegurando a compreensão e a livre adesão, comprovados mediante a assinatura do consentimento livre e esclarecido. A prática do consentimento implica avaliação da capacidade ou competência do indivíduo que deve ser analisada não só de acordo com a capacidade em receber informações, mas também em conseguir ajuizar os dados ouvidos e exprimir resposta coerente.

Consentimento informado, livre e esclarecido é o meio utilizado para garantir a autonomia do paciente, onde o médico ou outros profissionais de saúde usam a prudência necessária para cumprir o seu dever de informar, em linguagem acessível, os fatos que ao paciente competente são relevantes para que decida em plena consciência.

Existem modalidades de consentimento como o tácito, expresso passivamente, por omissão, ou seja, na ausência de objeção subentende-se a aceitação. Este é aceitável apenas para procedimentos com risco inferior ao mínimo. O consentimento presumido é aquele em que se pressupõe que o paciente nada teria contra o procedimento, como, por exemplo, atendimentos de urgência em que o médico presume que o doente o procurou para fazer o melhor por ele e que não se oporia à sua conduta. A presunção se baseia numa teoria geral do bem humano ou da vontade racional. O consentimento prospectivo é aquele em que o paciente indica manifestação de desejo futuro, como doar seus órgãos após a morte⁹.

Embora se tenha a obrigação de solicitar a tomada de decisão dos pacientes com base no respeito à autonomia, deve-se estar alerta às muitas interferências sofridas quando desse momento. A autonomia reflete um valor relativo, pois submetido às fragilidades e ambiguidades individuais. Portanto, o princípio da autonomia mantém abertas importantes questões, devendo ser considerado apenas um princípio-chave dentro de um sistema de princípios morais.

Princípios da beneficência/não maleficência

Beneficência, na linguagem comum, significa atos de compaixão, bondade e caridade. Beneficência provém do latim *bonum facere*, que significa fazer o bem, ou seja, executar a ação ou a manifestação de bem. Distingue-se da benevolência, que significa estar disponível para fazer o bem ³.

O princípio da beneficência tem larga tradição na ética médica hipocrática, na qual é manifesto o interesse por não lesar as pessoas (*primum non nocere*) ¹⁴. Não causar prejuízo ou dano foi a primeira grande norma da conduta eticamente correta dos médicos ¹⁵. A beneficência representou a divisa para o desenvolvimento de conhecimentos e técnicas visando auxiliar o paciente a superar determinadas situações em sua vida ³.

Muitos atos de beneficência não são obrigatórios, mas o princípio de beneficência afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes. A

questão básica existente entre a obrigação e a filantropia ou caridade ainda permanece confusa ¹⁶, fazendo-se necessária uma avaliação dos seus limites.

A beneficência é, por sua vez, um ideal de ação que ultrapassa a obrigação; e outras vezes, limitada por obrigações morais. É evidente que o médico e demais profissionais de saúde não podem exercer o princípio da beneficência de modo absoluto. Ela tem seus limites, como a dignidade individual intrínseca a todo ser humano. O princípio é condicional ou dependente da situação a que é afirmado. Quanto mais se generalizar as obrigações de beneficência, menor a probabilidade de que se cumpram as responsabilidades primárias ⁹.

Esses autores discutem, ainda, os aspectos da beneficência distinguindo-os em geral, específico e recíproco. O específico refere-se a grupos específicos como crianças, amigos, parentes; enquanto o geral refere-se a todas as pessoas. O recíproco é a referência à ética da assistência à saúde em que os médicos teriam grandes dívidas para com a sociedade (pela educação recebida e privilégios) e para com os pacientes (pela pesquisa e *prática*, por exemplo).

O princípio da beneficência tenta, num primeiro momento, a promoção da saúde e prevenção de doenças; em segundo, pesa o bem e o mal buscando a prevalência do primeiro ¹⁵.

Muitos autores acreditam que o princípio da não maleficência é um elemento do princípio da beneficência, pois deixar de causar o mal intencional já é fazer o bem. A esse respeito,

David Ross, em sua obra *The right and the good*, de 1930, estabeleceu o conceito de dever, propondo que nos casos de conflito entre a beneficência e a não maleficência deve permanecer a não maleficência¹⁷. Ainda, segundo Frankena¹⁸, *devemos promover o bem e evitar o mal*.

O Relatório Belmont, publicado em 1978, inclui a não maleficência como parte da beneficência, entendida como dupla obrigação: a de não causar danos e a de maximizar o número de possíveis benefícios minimizando os prejuízos. Esse enfoque não é corroborado por Beauchamp e Childress⁹, que consideram que o princípio da beneficência exige mais, pois os agentes têm que tomar atitudes positivas para ajudar os outros e não meramente se absterem de praticar atos nocivos. Causar o mal ou danos a outro é moralmente proibido e, dessa maneira, a não maleficência torna-se ação possível em relação a todas as pessoas. Paralelamente, a moralidade não obriga a beneficência; portanto, sua manifestação é casual. Assim, as obrigações da não maleficência são mais rigorosas que as da beneficência, porém há necessidade de cautela quanto às prioridades, visto que sofrem alterações de acordo com a situação. O rigor da não maleficência é viável se o ato de beneficiar envolve praticar algo moralmente errado.

Paternalismo

O termo paternalismo provém do modelo da família patriarcal, onde o pai exerce o poder de fazer todas as escolhas, especialmente às tocantes aos filhos. Ao longo da história da ética médica, os princípios da não maleficên-

cia e beneficência ditaram as bases da relação paternalista do médico com o paciente. Paternalismo médico pode ser entendido como a conduta que o médico tem com a intenção de beneficiar o paciente, mas sem o seu consentimento.

Legalmente, paternalismo tem sido definido em termos de coerção do Estado mediante leis que interferem na liberdade de ação dos indivíduos. Entretanto, essas atitudes paternalistas têm caído em descrédito nas ideologias políticas do Ocidente, apesar de ainda continuarem percebidas nas áreas de legislação das políticas sociais, na medicina e na assistência à saúde^{19,20}.

Filosoficamente, Beauchamp e Childress⁹ apresentam a autonomia do indivíduo destacando duas linhas de pensamento. A primeira entende a autonomia como um valor em si, onde todas as formas de controle seriam imorais e o paternalismo seria um modo de coerção, constrangimento e violação à autonomia. Existe uma visão liberal do paternalismo que o categoriza de acordo com o grau de restrição à autonomia, estabelecendo dois tipos: fraco ou brando (*soft*) e forte, duro ou radical (*hard*).

O paternalismo brando (*soft*) consiste em uma ação que não viola a autonomia da pessoa, como, por exemplo, a vacinação obrigatória de crianças. O paternalismo forte, duro ou radical (*hard*) viola o princípio da autonomia e pode ser subdividido em fraco (*weak*) e duro forte (*strong*). O primeiro é moralmente justificável em situações predeterminadas, como grupo de pessoas que não têm autonomia

desenvolvida ou perderam essa capacidade. O segundo é moralmente injustificável, pois envolve intenções com o fim de beneficiar uma pessoa a despeito do fato de que suas escolhas sejam informadas. No paternalismo duro (*hard*) há recusa em consentir os desejos, as escolhas e as ações autônomas de uma pessoa, com a finalidade de protegê-la, restringindo a informação disponível e desprezando as escolhas voluntárias⁹.

No cotidiano das relações entre médicos e pacientes não se observa limites entre essas formas de paternalismo. Assim, o problema do paternalismo médico é o devido equilíbrio entre a beneficência do médico e a autonomia do paciente no contexto da relação entre ambos⁹.

Considerações finais

Autonomia e beneficência são pontos comuns na relação médico-paciente que ocupam diferentes conceituações e momentos históricos neste contexto. A modificação dessa relação surgiu após a Segunda Guerra Mundial, com as mutações sociais, culturais e morais ocorridas nos países ocidentais que levaram ao chamado pluralismo moral. Além disso, o desenvolvimento técnico-científico levou o médico ao distanciamento em suas relações interpessoais e familiares, a uma crescente hospitalização e especialização profissional, o que produziu na população um sentimento de desconfiança crescente e contribuiu para aumentar o distanciamento entre o médico e o paciente. Hoje, o papel do médico – além de diagnosticar e tratar as doenças humanas – é de esclarecer,

orientar e respeitar a decisão do paciente como ser autônomo. A substituição do modelo paternalista pelo da autonomia é o passo fundamental da relação médico-paciente nessa sociedade plural que contesta a autoridade em nome da autonomia.

A moralidade do paternalismo do médico começou a ser discutida a partir da valorização do princípio da autonomia do indivíduo, e o modelo de decisão médica baseado no respeito à autonomia parece ser o ideal. Ao médico, cabe entender que sua capacidade de mostrar aos pacientes a indicação, razões, prós e contras e suas respectivas consequências proporciona o fundamental para que ambos assumam responsabilidades conjuntas.

O primeiro grande dilema bioético vivido pelos médicos permanece no conflito gerado entre o respeito à liberdade dos pacientes (autonomia) e fazer o que é melhor para eles (beneficência). Parece que a solução desse problema reside no equilíbrio entre a beneficência do médico e a autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente.

Hoje, o uso da autoridade do papel do médico para perpetuar a dependência do paciente, ao invés de promover sua autonomia, ainda é tentador. Faz parte de toda uma formação que historicamente se perpetua até os dias atuais. O direito à autonomia ainda incomoda um pouco, e há premente necessidade de policiamento das ações dos agentes de saúde. Porém, a obrigação de respeitar a autonomia do paciente requer, acima de tudo, habilitá-lo a superar o seu senso de dependência e a obter,

senão o controle desejado, pelo menos o maior controle possível.

Pode-se considerar que a sociedade contemporânea vive situação de transição paradigmática, onde o paradigma vigente (beneficência) demonstra falhas e não mais é aceitável na sociedade plural contemporânea e o seu substituto (autonomia) ainda não está totalmente estabelecido em consequência da

formação médica vigente, historicamente beneficente. Em razão dessa lacuna, torna-se necessário adotar estratégias locais de debates em órgãos formadores e hospitais, visando esclarecer, orientar e fomentar respostas adequadas aos pontos divergentes ainda existentes. Acredita-se que só assim o mérito do assunto estudado terá maior clareza do ponto de vista da contribuição, originalidade e viabilidade.

Resumen

Autonomía versus beneficencia

El estudio discute los principios de autonomía y de beneficencia. Establece relación mediante un levantamiento bibliográfico, que puntualizó la evolución de la historia de la ética médica desde la era hipocrática hasta nuestros días. Frente a las nuevas perspectivas éticas, bioéticas y morales que surgieron en la contemporaneidad, la discusión apunta que el modelo de decisión médica basado en el respeto a la autonomía parece ser el ideal, a pesar de su difícil articulación con los parámetros clásicos que orientan la relación médico-paciente, como resalta la literatura nacional e internacional. Concluye considerando que se vive una situación de transición paradigmática en la cual el modelo vigente está dejando de ofrecer respuestas efectivas y su sustituto todavía no está totalmente establecido, sugiriendo la adopción de estrategias para fomentar la discusión dentro de los órganos de formación médica primando siempre la autonomía del paciente.

Palabras-claves: Bioética. Autonomía profesional. Autonomía personal. Paternalismo.

Abstract

Autonomy versus beneficence

This work discusses the principles of autonomy and beneficence. It sets the relationship between these two concepts by means of a bibliographical assessment, whose proposal is to point out the Historical evolution of medical ethics, from Hippocratic age to present. In face of new moral, bioethical and ethical perspectives, arising from contemporaneousness, the discussion indicates that a medical decision-making model based on respect to autonomy seems to be ideal, in spite

of its difficult articulation with the classical parameters that guides the doctor-patient relationship, as highlighted by the domestic and international literature. Finally it concludes that one lives a paradigmatic transitional situation, in which the governing model does not provide effective answers and its substitute has not been established yet, suggesting adoption of strategies in order to stimulate the debate within the Academy, prioritizing patient's autonomy.

Key words: Bioethics. Professional autonomy. Personal autonomy. Paternalism.

Referências

1. Foucault M. O nascimento da clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994. (Coleção Campo Teórico).
2. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Washington, DC: Organização das Nações Unidas, ONU; 2009.
3. Almeida JLT, Schramm FR. Paradigmatic transition, medical ethics metamorphosis and the rise of bioethics. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(supl 1):15-25.
4. Guillén DG. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
5. Katz J. El médico y el paciente: su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
6. Dumont L. O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco; 1993.
7. Bodstein RC. Cidadania e direitos: dilemas da questão social [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1995.
8. Faden R, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Cambridge University Press; 1986.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p.143, 284-6.
10. Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
11. Fabro L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. *Bioética* [internet]. 1999 [acesso 5 mar. 2009];7(1):7-12. Disponível: www.portalmedico.org.br/revista/bio1v7/limjuridicas.htm.
12. Holm S. Autonomy. In: Chadwick RF, editor. *Encyclopedia of applied ethics*. London: Academic Press; 1998. vol 1. p.267-74.
13. Brito JHS. A ética e a autonomia da pessoa. In: Nunes R, Ricou M, Nunes C, coordenadores. *Dependências individuais e valores sociais*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Associação Portuguesa de Bioética, Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP); 2004. (Coletânea Bioética Hoje VII).
14. Fabriz DC. Bioética e direitos fundamentais. Belo Horizonte: Melhoramentos; 2003.
15. Kipper DJ, Clotet J. Princípios da beneficência e não maleficência. In: Costa SIF, Garrafa V,

- Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 37-51.
16. Cabral R. Os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência e justiça. In: Archer L, Biscaia J, Oswald W, coordenadores. Bioética. Lisboa, São Paulo: Verbo; 1996.
 17. Goldim JR. Princípio da beneficência [internet]. Porto Alegre: Núcleo Interinstitucional de Bioética, UFRGS; 1997 [atualização 14 mar. 1998, acesso 5 mar. 2009]. Disponível: <http://www.ufrgs.br/bioetica/benefic.htm>.
 18. Frankena WK. Ética. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p.61-73.
 19. Häyry H. Paternalism. In: Chadwick RF, editor. Encyclopedia of applied ethics. London: Academic Press; 1998. vol 3. p.449-57.
 20. Ambroselli C. H'éthique médicale. Paris: Presses Universitaires de France; 1998. p. 62-90.

Recebido: 6.1.10

Aprovado: 3.2.11

Aprovação final: 7.2.11

Contato

Maria do Carmo Demasi Wanssa - mcdwanssa@yahoo.com.br

Rua José Camacho, 869, aptº 801, Olaria, CEP 76801-313. Porto Velho/RO, Brasil.