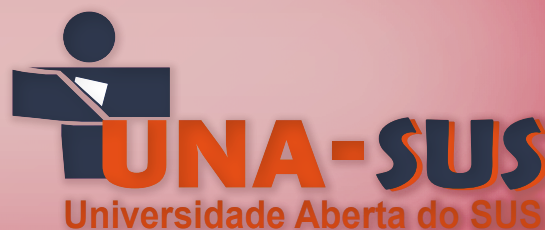


Especialização em **SAÚDE DA FAMÍLIA**



PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

VICE-PRESIDENTE
Michel Miguel Elias Temer Lulia

MINISTRO DA SAÚDE
Alexandre Padilha

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Aloísio Mercadante

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE (SGTES)

Secretário: Mozart Júlio Tabosa Sales

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM
SAÚDE (DEGES)

Diretora: Mônica Sampaio de Carvalho

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO
PAULO (SES-SP)

Secretário: Giovanni Guido Cerri

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS)

Presidente: Ademar Artur Chioro

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
(OPAS)

Diretora: Mirta Roses Periago

REDE UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
(UNA-SUS)

Secretário Executivo:

Francisco Eduardo de Campos

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA
FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)

Presidente: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

FUNDAÇÃO DE APOIO À UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO PAULO (FAPUnifesp)

Diretor Presidente: Durval Rosa Borges

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
(UNIFESP)

Reitor: Walter Manna Albertoni

Vice-Reitor: Ricardo Luiz Smith

Pró-Reitora de Extensão:

Conceição Vieira da Silva Ohara

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO
UNA-SUS (UNIFESP)

Conceição da Silva Vieira Ohara

Eleonora Menicucci de Oliveira

(dezembro/2009 à fevereiro/2012)

COORDENAÇÃO ADJUNTA/EXECUTIVA
Alberto Cebukin

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Celso Zilbovicius

Daniel Gonçalves Almeida

Laís Helena Domingues Ramos

Rita Maria Lino Tarcia

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Gisele Grinevicius Garbe

Monica Parente Ramos

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIA

Daniel Lico dos Anjos Afonso

PRODUÇÃO

Antonio Aleixo da Silva - *Design instrucional*

Eduardo Eiji Ono - *Web design e ilustração*

Felipe Vieira Pacheco - *Design instrucional*

Marcelo Franco - *Diagramação e ilustração*

Sílvia Carvalho de Almeida - *Revisão ortográfica*

Tiago Paes de Lira - *Diagramação*

Valéria Gomes Bastos - *Web design*

Edição, Distribuição e Informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão

Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP 04021-001 - SP

Fale conosco: 011 5576.4842 (Secretaria)

(atendimento telefônico do suporte das 7h às 10h e de 15h às 18h)

<http://www.unasus.unifesp.br>

COPYRIGHT 2012

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Ministério da
Saúde



Sumário

Introdução	4
Conceito, fundamentação e princípios da Bioética	4
Dilemas bioéticos na Atenção Básica	11
Considerações finais.....	16
Referências	16
Bibliografia complementar.....	16

Bioética

Introdução

A Bioética tem como objetivo facilitar o enfrentamento de questões éticas/bioéticas que surgirão na vida profissional. Sem esses conceitos básicos, dificilmente alguém consegue enfrentar um dilema, um conflito, e se posicionar diante dele de maneira ética. Assim, esses conceitos (e teorias) devem ficar bem claros para todos nós. Não se pretende impor regras de comportamento (para isso, temos as leis), e sim dar subsídios para que as pessoas possam refletir e saber como se comportar em relação às diversas situações da vida profissional em que surgem os conflitos éticos.

O conteúdo a seguir se divide em duas partes: **Conceito, fundamentação e princípios da Bioética e Dilemas bioéticos na Atenção Básica**.

Ao final da leitura da primeira parte, você deverá ser capaz de responder às perguntas: “Será que minha conduta profissional está fundamentada em princípios éticos?” ou “Estou agindo da maneira mais adequada?”.

Conceito, fundamentação e princípios da Bioética

Conceito da Bioética

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de duas obras muito importantes de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter.

Van Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.



Van Rensselaer Potter

Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

Para isso, a Bioética, como área de pesquisa, necessita ser estudada por meio de uma metodologia interdisciplinar. Isso significa que profissionais de diversas áreas (profissionais da educação, do direito, da sociologia, da economia, da teologia, da psicologia, da medicina etc.) devem participar das discussões sobre os temas que envolvem o impacto da tecnologia sobre a vida. Todos terão alguma contribuição a oferecer para o estudo dos diversos temas de Bioética. Por exemplo, se um economista do governo propõe um novo plano econômico que afeta (negativamente) a vida das pessoas, haverá aspectos bioéticos a serem considerados.

Por essa razão, os próximos itens tratarão de um resgate de conceitos das ciências humanas que são fundamentais para o enfrentamento de questões éticas que surgem em razão do progresso da ciência nas áreas da saúde.

O progresso científico não é um mal, mas a “verdade científica” NÃO pode substituir a ética.

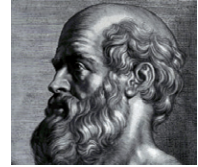
Contexto histórico e as relações assistenciais

Todos nós sofremos influências do ambiente em que vivemos, sejam elas históricas, culturais ou sociais. Para construirmos uma reflexão bioética adequada, devemos conhecer e entender essas influências (afinal não podemos excluí-las de nossas vidas!).

O paternalismo hipocrático

Um aspecto bastante importante a ser considerado para que possamos construir a reflexão bioética de maneira adequada é compreender a influência histórica exercida desde a época de Hipócrates.

Hipócrates de Cos (séc. IV a.C.) é considerado o “Pai da Medicina”. Sua importância é tão reconhecida que os profissionais da saúde, no dia da formatura, fazem o “Juramento de Hipócrates”. Segundo esse juramento, os profissionais devem se comprometer a sempre fazer o bem ao paciente.



Hipócrates

Entretanto, devemos retomar alguns conceitos históricos para compreender melhor a influência dessa época. No século IV a.C., a sociedade era formada por diversas castas (camadas sociais bem definidas e separadas entre si) que faziam com que ela fosse “piramidal”. Mas o que isso significa? Isso quer dizer que, na base da pirâmide, encontrava-se a maior parte das pessoas: os escravos e os prisioneiros de guerra, que nem mesmo eram considerados “pessoas”. Eles eram tratados como objetos e não tinham nenhum direito. Logo acima deles, numa camada intermediária (portanto em número um pouco menor), estavam os cidadãos. Os cidadãos eram os soldados, os artesãos, os agricultores, e estes tinham direitos e deveres. No topo da pirâmide (portanto, um número bastante reduzido de pessoas) estavam os governantes, os sacerdotes e os MÉDICOS.



Destaque

Os médicos, naquela época, eram considerados semideuses, e estavam encarregados de curar as pessoas “segundo seu poder e entendimento” (como consta no juramento de Hipócrates).

A importância desse resgate histórico é ressaltar que os médicos daquela época estavam em uma posição hierárquica superior às das outras pessoas, e essa diferença de posição também se manifestava em um “desnívelamento de dignidades”. Isso significa que os médicos (semideuses), ainda que tivessem a intenção de curar os doentes, eram pessoas superiores, melhores que as outras (tinham mais valor que as outras).

Ao longo da história, a estrutura da sociedade deixou de ser piramidal, mas essa postura “paternalista”, ou seja, na qual os profissionais da saúde são considerados “pais”, ou melhores que os seus pacientes, ainda hoje é percebida com frequência.

Os profissionais da saúde detêm um conhecimento técnico superior ao dos pacientes, mas não são mais dignos que seus pacientes, não têm mais valor que eles (como pessoas).

Quando o profissional se considera superior (em dignidade) a seu paciente, também temos uma postura paternalista.

Os profissionais que se baseiam nessa postura paternalista são aqueles que não respeitam a autonomia de seus pacientes, não permitem que o paciente manifeste suas vontades. Por outro lado, também alguns pacientes não percebem que podem questionar o profissional e aceitam tudo o que ele propõe, pois consideram que “o doutor é quem sabe”.

O cartesianismo

Estabelecido por René Descartes no século XVII, o método cartesiano (ou cartesianismo), ao propor a fragmentação do saber (com a divisão do “todo” “em partes” para estudá-las isoladamente), sem dúvida contribuiu para o desenvolvimento da ciência. Entretanto, o cartesianismo gerou a superespecialização do saber, entre os quais o saber na área da saúde.

Esse fato colaborou para a perda do entendimento de que o paciente é uma pessoa única e que deve ser considerado em sua totalidade (em todas as suas dimensões), pois nos acostumamos a estudar apenas aquela parte do corpo humano que vamos tratar.

De fato, com o avanço cada vez mais rápido da ciência, fica cada vez mais difícil saber de tudo. Entretanto, não podemos perder a visão de que o paciente que vamos atender é um todo, para não sermos “um profissional que sabe quase tudo sobre quase nada” e que assim não conseguirá resolver o problema do paciente.

A descoberta dos microrganismos e a consequente ênfase no estudo da doença

No século XIX, com a evolução dos microscópios, os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch iniciaram uma nova fase na evolução da ciência: a descoberta e o estudo dos microrganismos. Até aquela época, não se sabia o que causava a maioria das doenças, pois esses seres diminutos não podiam ser observados. A partir das descobertas desses cientistas, a ciência na área da saúde começou a caminhar a passos largos. Entretanto, podemos atribuir a essas descobertas uma

mudança de foco dos profissionais do “doente” para a “doença”, ou seja, quando os profissionais se preocupam mais com as doenças (e seu estudo) do que com o doente (e a consequência das doenças para o doente).

Todos esses fatos históricos podem ter contribuído para o processo de “desumanização” da assistência ao paciente, e a tentativa de reverter esse quadro vem sendo foco de estudos de diversos pesquisadores, bem como alvo de políticas do governo federal.

Contexto cultural e as relações assistenciais

Além do contexto histórico, devemos entender o contexto cultural e social em que estamos inseridos antes de envolver para a discussão bioética. Algumas vezes nem percebemos quais são as ideias que nos cercam e que podem dificultar a adoção de uma postura realista (nesse contexto, adotamos o conceito de que uma postura realista é aquela que considera todos os aspectos de uma situação ou realidade).

Mas a que nos referimos quando falamos de contexto cultural ou social? Destacamos três modalidades que exercem atualmente grande influência na reflexão ética: o **individualismo**, o **hedonismo** e o **utilitarismo**.

Individualismo

No seu formato mais radical, o individualismo propõe que a atitude mais importante para tomarmos uma decisão seja a reivindicação da liberdade, expressa na garantia incondicional dos espaços individuais. Obviamente todos concordam que a liberdade é um bem moral que precisa ser defendido. Mas, nesse caso, trata-se de uma liberdade que se resume à busca de uma independência total.

Contudo, essa independência não é possível, pois nós somos seres sociais, frutos de relações familiares e dependentes de vínculos sociais. Essas relações determinam limites às liberdades individuais e impõem responsabilidades diante das consequências dos atos individuais na vida dos outros. Os vínculos nos fortalecem, a independência nos fragiliza. Não podemos falar de “liberdade” sem considerar a “responsabilidade” dos nossos atos.

Muitas vezes, definimos liberdade como na seguinte frase: “Minha liberdade termina quando começa a liberdade do outro”. Entretanto, ao limitarmos a compreensão do conceito de liberdade a essa frase, quem for mais “forte” determinará quem será “mais livre”. Nessa lógica, o conceito de autonomia fica enfraquecido, pois só os “mais fortes” conseguirão exercer a sua liberdade.

Para que todos tenham o direito de expressar a sua liberdade, é preciso atrelar esse conceito ao de responsabilidade, pois todos os nossos atos têm alguma consequência para outras pessoas. Na lógica individualista, esse princípio é absoluto. Contudo, o princípio ético da autonomia é empregado em seu verdadeiro valor quando implica o reconhecimento de que cada pessoa humana merece ser respeitada nas suas opiniões.

Hedonismo

A segunda corrente cultural e social que nos cerca é o hedonismo. Na lógica hedonista, a supressão da dor e a extensão do prazer constituem o sentido do agir moral. Falar em suprimir a dor e estender o prazer, em um primeiro momento, parece ser algo positivo. Então quando começa a distorção? Quando essa busca se torna o único referencial para todas as nossas ações. Este é o hedonismo. O desejo de felicidade é reduzido a uma perspectiva de nível físico, material, sensorial (e felicidade é muito mais do que isso!).

Quando falamos em felicidade em um sentido mais amplo, estamos nos referindo a algo bem maior do que prazer físico, a algo que pode existir até em condições em que a dor física ou um limite físico se manifesta. Entretanto, se reduzirmos tudo à questão de eliminar a dor e estender o prazer, colocamo-nos em uma perspectiva terrena, isto é, material, quase que fisiológica ou neurológica.

Na reflexão ética, o predomínio dessa lógica hedonista faz com que o conceito de “vida” fique reduzido a essas expressões sensoriais de dor e prazer. Logo, para o hedonismo, uma vida que ainda não tem ou que já perdeu “qualidade de vida” não seria uma vida digna de se levar em consideração, não seria uma vida digna de ser vivida. A “qualidade de vida” para o hedonismo é interpretada como eficiência econômica, consumismo desenfreado, beleza e prazer da vida física. Ficam esquecidas as dimensões mais profundas da existência, como as interpessoais, as espirituais e as religiosas. E esquecer (ou não considerar) essas dimensões se torna um risco para a interpretação correta da expressão “qualidade de vida”.



Destaque

Na lógica hedonista, vive-se com “qualidade de vida” apenas quando é possível viver como os personagens das novelas da televisão: jovens “sarados” e bonitos; este é o estereótipo do hedonismo. Mas e quem não é assim? Não são pessoas dignas? Não têm valor como pessoa humana? É claro que têm! Por isso, essa corrente de pensamento deve ser analisada com muito cuidado, para que ela não se torne o único sentido do nosso agir moral!

Utilitarismo

A terceira corrente cultural (e social) que nos influencia é o utilitarismo. Nessa perspectiva, as nossas ações se limitam a uma avaliação de “custos e benefícios”. O referencial “ético” para as decisões é ser bem-sucedido; o insucesso é considerado um mal. Só o que é útil tem valor.

Em princípio, valoriza-se algo positivo: o justo desejo de que nossas ações possam ser frutíferas. Mas o problema desse raciocínio utilitarista é que, com facilidade, pode-se entender que “só o que é útil tem valor”. E isso também não é verdade!

Em uma sociedade capitalista, nossas ações são determinadas pelo mercado. Isso significa que aquelas pessoas consideradas improdutivas, aquelas que representam um custo para a sociedade, aquelas que perderam (ou que nunca tiveram) condições físicas ou mentais para participar do sistema de produção de bens e valores de forma eficiente, são classificadas como “inúteis”. É o caso dos idosos, dos deficientes físicos, das crianças com problemas de desenvolvimento etc. Nessa lógica utilitarista, não vale mais a pena – ou é muito oneroso – defendê-los, ampará-los, incentivá-los.

Contudo, não é ético que nossas ações fiquem restritas a essa correlação entre custos e benefícios. Pessoas com necessidades especiais e aquelas consideradas vulneráveis devem ser consideradas dignas de respeito; são pessoas humanas, e isso é condição suficiente para que sejam respeitadas. Além disso, o Estado deve protegê-las sempre que possível.

Fundamentação da Bioética – o valor da vida humana

Existem diversas propostas para estabelecer quais são os critérios (o fundamento, a base) que devem nos orientar nos processos de decisão com os quais podemos nos deparar na nossa vida profissional.

Para nós, o fundamento ético é como se fosse a estrutura de um prédio. A fundação do prédio é a estrutura de concreto ou de metal que permite que a construção seja feita e que o prédio permaneça em pé. Se a estrutura não for benfeita, o prédio desaba (como aconteceu no Rio de Janeiro com os edifícios Palace I e Palace II, em que foi usada areia da praia para fazer a estrutura dos prédios, o que culminou com o desabamento dos edifícios).

O nosso fundamento ético é tão importante quanto a estrutura de um prédio. Se esse fundamento não está bem entendido, corremos o risco de não enfrentar de maneira adequada os desafios éticos que a nossa profissão pode trazer. Entretanto, uma vez compreendido esse fundamento, ele não precisa ser lembrado a todo tempo (como a estrutura de um prédio que, no final da construção, nós não vemos, mas na qual confiamos quando entramos no edifício). O fundamento ético será sempre a base para a nossa tomada de decisão. Mas qual é esse fundamento?



<http://www.flickr.com/photos/vastateparksstaff/5330849194/>
Créditos: vastateparksstaff

A pessoa humana

Para trilhar um caminho correto diante dos diversos dilemas éticos que podemos encontrar na nossa atividade profissional, precisamos de uma “base sólida”, de um fundamento, que nos oriente nos momentos de decisão.



Destaque

Esse fundamento é a pessoa humana.

Definir o que é a pessoa pode ser uma tarefa difícil (e que os filósofos costumam estudar arduamente), porém entender o que é a pessoa é algo que fazemos todo dia quando nos olhamos no espelho. Nós conhecemos a “pessoa humana” porque somos “pessoa humana”.

Mas quais são os conceitos que existem na realidade da pessoa dos quais devemos nos lembrar por serem importantes no enfrentamento das questões bioéticas?

a) A pessoa é **única**. Isso significa que as pessoas são diferentes (mesmo os gêmeos idênticos são diferentes), têm suas características, **seus** anseios, **suas** necessidades, e esse patrimônio, essa identidade, merece ser respeitado (para que as pessoas não sejam tratadas como números).

Reconhecer que “o outro é diferente de mim” não significa que uma pessoa é melhor que a outra. Uma pessoa não vale mais que a outra. Somos iguais a todos no que se refere à dignidade.

b) A pessoa humana é provida de uma “dignidade”. Isso significa que a pessoa tem valor pelo simples fato de ser pessoa.

c) A pessoa é composta de **diversas dimensões**: dimensão biológica (que as ciências da saúde, medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia e outras estão acostumadas a estudar), dimensão psicológica (que os psicólogos estudam detalhadamente), dimensão social ou moral (estudada pelas ciências sociais) e dimensão espiritual (estudada pelas teologias). Por isso, falamos que a pessoa é uma **totalidade**, pois **todas** essas dimensões **juntas** compõem a pessoa.

Quando nos relacionamos com uma pessoa e não a respeitamos em todas as suas dimensões, essa pessoa (que pode ser nosso paciente ou não) se sentirá desrespeitada e ficará insatisfeita.

Assim, todas as nossas reflexões e ações diante das pessoas (seja em situações de conflitos éticos ou não) devem ser guiadas pelo respeito a esse fundamento, a pessoa humana (entendida como um ser único, que é uma totalidade e dotado de dignidade). Quando conseguimos agir dessa maneira, ou seja, respeitando esse fundamento, podemos estar certos de que estamos agindo de forma ética.

O valor da vida humana

Outro conceito importante para construirmos a nossa reflexão ética/bioética é o de **vida humana**.

Para a Bioética, é fundamental o respeito à vida humana. Mas o que designamos **vida humana**? Segundo os principais livros de Embriologia, a vida humana inicia-se no exato momento da fecundação, quando o gameta masculino e o gameta feminino se juntam para formar um novo código genético. Esse código genético não é igual ao do pai nem ao da mãe, mas é composto de 23 cromossomos do pai e de 23 cromossomos da mãe.

Sendo assim, nesse momento, inicia-se uma **nova vida**, com patrimônio genético próprio, e, a partir desse momento, essa vida deverá ser respeitada. Este é o primeiro estágio de desenvolvimento de cada um de nós. A nossa experiência mostra que o desenvolvimento de todos nós se deu da mesma maneira, ou seja, a partir da união dos gametas do pai e da mãe.

Além disso, a vida é um **processo** que pode ser:

- contínuo: porque é ininterrupto na sua duração. Estar vivo representa dizer que não existe interrupção entre sucessivos fenômenos integrados. Se houver interrupção, haverá a morte.
- coordenado: significa que o DNA do próprio embrião é responsável pelo gerenciamento das etapas de seu desenvolvimento. Esse código genético coordena as atividades moleculares e celulares, o que confere a cada indivíduo uma identidade genética.
- progressivo: porque a vida apresenta, como propriedade, a gradualidade, na qual o processo de desenvolvimento leva a uma complexidade cada vez maior da vida em formação.

Contudo, o valor da vida de algumas pessoas, em diferentes épocas, não foi respeitado (e ainda hoje, em muitos casos, não é). Por exemplo: os escravos no Brasil (até a Abolição da Escravatura, em 1888), com consequente (e ainda frequente) discriminação dos afrodescendentes; os prisioneiros nos campos de concentração na 2ª Guerra Mundial; os pacientes com necessidades especiais (como os portadores do vírus HIV em diversas situações); as mulheres e os pobres em diversas sociedades (inclusive na nossa), dentre tantos outros exemplos.

Os princípios da Bioética

Após a compreensão desse fundamento (o respeito pela **pessoa humana**), podemos utilizar “ferramentas” para facilitar o nosso processo de estudo e de decisão sobre os diversos temas de Bioética. A essas ferramentas chamamos **princípios**.

Esses princípios foram propostos primeiro no **Relatório Belmont**, de 1978, para orientar as pesquisas com seres humanos e, em 1979, Beauchamps e Childress, em sua obra **Principles of biomedical ethics**, estenderam a utilização deles para a prática médica, ou seja, para todos aqueles que se ocupam da saúde das pessoas.

A utilização desses princípios para facilitar o enfrentamento de questões éticas é muito comum entre os americanos e os brasileiros.

Passaremos a explicar esses princípios (considerados nossas “ferramentas de trabalho”).

Beneficência/não maleficência

O primeiro princípio que devemos considerar na nossa prática profissional é o de beneficência/não maleficência (também conhecido como **benefício/não malefício**). O benefício (e o não malefício) do paciente (e da sociedade) sempre foi a principal razão do exercício das profissões que envolvem a saúde das pessoas (física ou psicológica).

Beneficência significa “fazer o bem”, e não maleficência significa “evitar o mal”. Desse modo, sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade (todas as dimensões do ser humano devem ser consideradas: física, psicológica, social, espiritual), visando oferecer o melhor tratamento ao seu paciente, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que se refere ao reconhecimento das necessidades físicas, psicológicas ou sociais do paciente. Um profissional deve, acima de tudo, desejar o melhor para o seu paciente, para restabelecer sua saúde, para prevenir um agravo, ou para promover sua saúde.

Autonomia

O segundo princípio que devemos utilizar como “ferramenta” para o enfrentamento de questões éticas é o **princípio da autonomia**.

De acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a **capacidade de autodeterminação** de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, manifesta logo no seu início que as pessoas são livres. Nos últimos anos, tem sido frequente a busca pela liberdade (ou autonomia). Nos casos de atendimento clínico de pacientes, podemos mencionar o **Código de Defesa do Consumidor**, o qual, em alguns de seus artigos, garante proteção às pessoas que buscam serviços de saúde, por exemplo, no que diz respeito ao direito de ser suficientemente informada sobre o procedimento que o profissional vai adotar.

Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: a **liberdade** e a **informação**. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir. Para isso, ela deve estar livre de pressões externas, pois qualquer tipo de pressão ou subordinação dificulta a expressão da autonomia.

Em alguns momentos, as pessoas têm dificuldade de expressar sua liberdade. Nesses casos, dizemos que ela tem sua autonomia **limitada**.

Vejamos o exemplo das crianças. Em razão de seu desenvolvimento psicomotor, a criança terá dificuldade de decidir o que é melhor para a saúde dela. Ela terá, ao contrário, uma tendência em fugir de todo tratamento que julgar desconfortável. Por essa razão, caberá aos responsáveis pela criança decidir o que deverá ser feito, qual tratamento será mais adequado, porque o responsável deseja que a saúde da criança se restabeleça e que o **melhor tratamento** seja feito.

Existem outras situações em que percebemos a limitação de autonomia de uma pessoa. Os pacientes atendidos em clínicas de Instituições de Ensino podem manifestar essa limitação de seu poder de decisão, principalmente quando existe fila de espera para o atendimento. Afinal, ele poderá pensar que perderá a vaga (que ele demorou tanto para conseguir) se ele reclamar de alguma coisa.

Outro exemplo de limitação de autonomia pode ocorrer em casos de pesquisas biomédicas realizadas em países subdesenvolvidos. As populações desses países (incluindo a do nosso), quando selecionadas para participar de pesqui-

sas de novos fármacos, são consideradas vulneráveis (isto é, têm limitação de autonomia). Mas, apesar dessa limitação de autonomia, essas pessoas serão tratadas e incluídas em pesquisas. Como isso é possível?

A correta **informação** das pessoas é que possibilita o estabelecimento de uma relação terapêutica ou a realização de uma pesquisa.

A primeira etapa a ser seguida para minimizar essa limitação é reconhecer os indivíduos vulneráveis (que têm limitação de autonomia) e incorporá-los ao processo de tomada de decisão de maneira legítima. Assim, será possível estabelecer uma relação adequada com o paciente e maximizar sua satisfação com o tratamento.

Para permitir o respeito da autonomia das pessoas, o profissional deverá explicar qual será a proposta de tratamento. Mas atenção! Essa explicação não se esgota na primeira consulta! Em todas as consultas o profissional deverá renovar as informações sobre o tratamento. Além disso, é preciso ter certeza de que o paciente entendeu as informações que recebeu.

Por isso, consideramos que a informação não se encerra com as explicações do profissional, mas com a compreensão, com a assimilação das informações pelos pacientes, desde que essas informações sejam retomadas ao longo do tratamento.

A esse processo de informação e compreensão e posterior comprometimento com o tratamento denominamos **consentimento**.

Entretanto, vamos imaginar a situação oposta: o exagero na expressão da autonomia de uma pessoa. Se entendermos que o respeito pela autonomia de uma pessoa é o princípio que deve ser considerado em primeiro lugar, cairemos em uma armadilha. Nem sempre o paciente tem condições de avaliar qual o melhor tratamento para ele (afinal ele é leigo, não tem o conhecimento técnico necessário para isso).

Imaginemos um paciente que tem uma doença que exige a prescrição de medicamentos. Poderá ocorrer de ele se recusar a tomar os remédios. Contudo, nesse caso, o profissional não pode alegar que “o paciente é adulto, sua autonomia deve ser respeitada e por isso ele faz o que ele quiser”. Ao contrário, o profissional (por ter o conhecimento técnico que diz que aquele medicamento é necessário) deverá se esforçar ao **máximo** para explicar ao paciente a importância do medicamento, afinal o **princípio da beneficência** (e não o da autonomia) deve ser respeitado em primeiro lugar.

Em algumas situações, a liberdade (autonomia) de algumas pessoas não é respeitada para que se respeite o benefício de outras. Por exemplo, a proibição de fumar em ambientes fechados. Se pensarmos no respeito pela autonomia daqueles que desejam fumar, não seria ético proibir, mas se pensarmos no benefício (ou não malefício) daqueles que não desejam fumar, a proibição se justifica. Outro exemplo é a interdição de restaurantes ou clínicas pela vigilância sanitária quando estes não apresentam condições satisfatórias para atender o público. O fechamento desses locais fere a autonomia do dono da clínica ou do restaurante em benefício da sociedade que os frequenta.

Precisamos nos preparar (estudar e exercitar o que aprendemos) para nos comportarmos de maneira ética.

Justiça

O terceiro princípio a ser considerado é o **princípio de justiça**. Este se refere à igualdade de tratamento e à justa distribuição das verbas do Estado para a saúde, a pesquisa etc. Costumamos acrescentar outro conceito ao de justiça: o conceito de equidade que representa **dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades**, ou seja, incorpora-se a ideia de que as pessoas são diferentes e que, portanto, também são diferentes as suas necessidades.

De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar.

É também a partir desse princípio que se fundamenta a chamada **objeção de consciência**, que representa o direito de um profissional de se recusar a realizar um procedimento, aceito pelo paciente ou mesmo legalizado.

Todos esses princípios (insistimos que eles devem ser nossas “ferramentas” de trabalho) devem ser considerados na ordem em que foram apresentados, pois existe uma hierarquia entre eles. Isso significa que, diante de um processo de decisão, devemos primeiro nos lembrar do nosso fundamento (o reconhecimento do valor da pessoa); em seguida, devemos buscar fazer o bem para aquela pessoa (e evitar um mal!); depois devemos respeitar suas escolhas (autonomia); e, por fim, devemos ser justos.

Considerações da primeira parte

A Bioética pretende contribuir para que as pessoas estabeleçam “uma ponte” entre o conhecimento científico e o conhecimento humanístico, a fim de evitar os impactos negativos que a tecnologia pode ter sobre a vida (afinal, nem tudo o que é cientificamente possível é eticamente aceitável).

Em razão da influência histórica, cultural e social que sofremos, devemos estar muito atentos; caso contrário, corremos o risco de perder os parâmetros que devem nos nortear na nossa atividade profissional para que nossas atitudes sejam éticas.

A primeira etapa que devemos seguir é **reconhecer** que essas influências (paternalismo, cartesianismo, ênfase na doença, individualismo, hedonismo e utilitarismo) existem e que não podemos escapar delas.

O segundo passo é entender qual fundamento (base) devemos ter para nos orientar nos nossos processos de decisão, a fim de que essas influências negativas não prejudiquem nossas ações. Esse fundamento é o **reconhecimento da dignidade** da pessoa humana (como um ser único e que deve ser considerado em sua totalidade – aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais).

O terceiro passo é utilizar as “ferramentas” (princípios) adequadas para definir quais devem ser as nossas atitudes, sem esquecer o nosso **fundamento**. O primeiro princípio a ser seguido deverá ser o de beneficência/não maleficência, o segundo o de autonomia e o terceiro o de justiça.

Nesta parte apresentamos alguns conceitos e teorias que fornecem subsídios para que possamos saber como agir de maneira ética.



Destaque

Se esse processo de construção da reflexão ética/bioética, que parte do entendimento do fundamento bioético e se segue pelo respeito aos seus princípios, for seguido, as respostas sobre como agir eticamente diante de um conflito ético, ou de uma situação clínica nova (ou diferente), surgirão naturalmente.

Dilemas bioéticos na Atenção Básica

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.” (BRASIL, 2006).

Entretanto, poderão surgir conflitos éticos nesse momento.

Nesta parte, serão estudados alguns tópicos que se relacionam diretamente com a prática profissional diária na Atenção Básica. Assim, serão apresentados os temas que dizem respeito ao relacionamento entre profissional, paciente, família e a equipe de saúde, à obtenção do consentimento para a realização do tratamento, ao sigilo e aos limites à interferência no estilo de vida dos pacientes.

Os profissionais necessitam estar preparados para o reconhecimento de conflitos éticos, para a análise crítica de suas implicações, para o uso de senso de responsabilidade e para a obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana.

Dessa forma, ao final da leitura da segunda parte, você deverá conhecer alguns dos dilemas éticos que um profissional da Atenção Básica poderá enfrentar no seu dia a dia e ser capaz de saber como se comportar diante deles.

Desafios

Como devemos nos relacionar com as outras pessoas, sejam os pacientes, sua família ou a equipe de saúde com quem trabalhamos?

Nas profissões da área da saúde, é fundamental o estabelecimento de uma relação adequada com as pessoas, a fim de que o atendimento seja ético.



Destaque

A ética é muito mais do que um conjunto de regras a serem seguidas. Reduzir as questões éticas às questões deontológicas, isto é, aos deveres ou normas de conduta, é reduzir seu sentido.

A ética vai além da resposta à pergunta: “Como devo me comportar diante dessa situação?”. A ética refere-se à busca do homem pela felicidade, visto que, para o homem, não basta sobreviver; importa viver e viver bem, uma vida com um sentido, um “para quê”. Esse é o verdadeiro significado de ética.

Na Atenção Básica, alguns dilemas (aqui denominados desafios bioéticos) poderão surgir, portanto será necessário seguir critérios para que essas posturas sejam adequadas.

Primeiro desafio ético: a postura profissional nas relações com o paciente, a família e a equipe de saúde

Todos os profissionais da área da saúde estabelecem relações com outras pessoas, sobretudo com pacientes.

Entretanto, a globalização econômica, tecnocientífica e cultural gera uma reestruturação das relações humanas. Com a aquisição de novos conhecimentos científicos relativos à área da saúde, há a tendência de as relações entre as pessoas envolvidas perderem espaço, pois as atenções desviam-se para as novas tecnologias (ou biotecnologias), que passam a ser o objeto da confiança.

Para resgatar o sentido das relações humanas, há a necessidade de discussão sobre os novos desafios bioéticos que surgem na sociedade, em razão da interferência da tecnologia sobre a vida.

Como estabelecer um laço forte com alguém, sobretudo com um paciente, sua família ou com os membros de uma equipe com a qual se trabalha?

Na área da saúde, a postura “paternalista” do profissional (em que ele se considera superior por deter um conhecimento técnico especializado) desnivela as dignidades de profissional e de paciente, fazendo com que este último se sintá inferior, excluindo-se das decisões sobre sua própria vida.

Por isso, o profissional deverá mudar a postura de distanciamento do paciente, causada muitas vezes pela interposição da tecnologia entre eles. Para se aproximar do paciente, o profissional deve reconhecê-lo como um ser único, merecedor do melhor atendimento e considerar todas as suas dimensões (biológica, psicológica, social) durante o tratamento. Devemos acrescentar a pergunta “Como eu gostaria de ser tratado?” em todos os atendimentos que realizamos.

Para atingir essa finalidade, o trabalho em equipe torna-se fundamental.

Todos nós que nos dedicamos à atividade assistencial trabalhamos em equipe. Mesmo aqueles que trabalham em consultórios particulares trabalham em equipe. É importante lembrar-se disso quando nos ocupamos de cuidar do paciente. Desde o funcionário da recepção (ou do acolhimento) até aquele que vai realizar um procedimento clínico no paciente tem responsabilidade em relação a ele.

O funcionário responsável pelo agendamento, por exemplo, vai fornecer as primeiras informações para o paciente. Isso faz com que seja necessário que toda a equipe esteja bem treinada e que reconheça sua participação no processo de trabalho.

Além disso, um profissional da área da Saúde da Família trabalha com profissionais de outras áreas. Esse trabalho multiprofissional deve sempre visar ao cuidado integral à saúde do paciente, ou seja, trabalhar em equipe significa reconhecer que todos participarão do cuidado ao paciente e que esse cuidado será melhor se as decisões forem compartilhadas.

Outro aspecto a ser considerado na relação profissional-paciente é a confidencialidade das informações fornecidas. Esse item será discutido mais adiante.

Segundo desafio ético: humanizar e acolher

A transformação da saúde em bem de consumo traz grandes desafios para os gestores em saúde. Cada vez que surge um tratamento novo, ou um equipamento novo (às vezes para responder a necessidades que podem nem mesmo ser de saúde, como as cirurgias plásticas estéticas), as pessoas têm o desejo de adquiri-lo.

Assim, tratamentos de alta complexidade devem ser instituídos para garantir a vida, e não para responder a necessidades de consumo, o que faz com que nem todo tratamento disponível deva ser oferecido a todos.

O surgimento da Política Nacional de Humanização da assistência, que dentre outros itens incorpora o acolhimento, representa um desafio para os profissionais da saúde. Implica mudar a forma de atenção ao paciente do modelo biomédico para o modelo do cuidado.

Muitos de nós fomos formados seguindo o modelo biomédico, que privilegia o estudo das doenças, fragmenta o ensino em especialidades e assim enfatiza a formação técnica em detrimento da formação humanística e ética. Esse modelo reduziu o ser humano ao seu organismo biológico, levando os profissionais a serem vistos como simples prestadores de serviços.

A superespecialização na área da saúde atribui à doença um valor superior ao valor do doente. Se por um lado esse modelo favorece o desenvolvimento de materiais e técnicas, por outro traz o desafio de combinar esses avanços com as necessidades das pessoas, das sociedades e com seus valores morais.

Apesar de não ser possível nem desejável fugir dessa superespecialização, é preciso considerar os inconvenientes que ela pode trazer, como a perda da visão das pessoas como protagonistas do processo de cuidado na saúde.

Ao reduzir o corpo ao seu componente biológico, a saúde acaba por ser confundida com um bem que pode ser oferecido nas prateleiras, como uma mercadoria, o que dificulta o real entendimento das necessidades em saúde. A

harmonia entre as diversas dimensões do ser humano (física, psíquica, social, espiritual) fica perdida se a busca for sempre a de solucionar problemas de natureza biológica.

A fim de aliar a excelência técnica ao compromisso social, é preciso prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população.



Destaque

A Política Nacional de Humanização pretende valorizar as dimensões subjetivas e sociais das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, estabelecendo um novo modelo de atenção: o modelo do cuidado. Segundo esse modelo, a escolha da tecnologia a ser aplicada – leve (que incorpora o vínculo e o acolhimento) e/ou dura (que é composta pelos equipamentos) – deve ser **consequência do cuidado e da atenção devidos ao paciente**.

Terceiro desafio ético: o esclarecimento

Para que uma pessoa possa consentir (aceitar) um tratamento, é preciso que ela esteja suficientemente informada. Isso significa que o profissional tem um papel muito importante no esclarecimento das pessoas. Para que esse esclarecimento ocorra, contudo, não basta fornecer ao paciente uma série de informações na primeira consulta. É preciso que essas informações a respeito da saúde do paciente tenham sido compreendidas e que sejam **renovadas** no decorrer do tratamento.

Muitas vezes, na consulta inicial, o paciente está com medo ou ansioso em razão do desconhecido (não sabe como o profissional vai lidar com seu problema de saúde) ou por estar com dor. Esses fatores (medo, ansiedade e dor) **limitam a autonomia** do paciente. Se essa pessoa (paciente) estiver ansiosa, com medo ou com dor, ela estará vulnerável (terá limitação de sua autonomia) e, por isso, é muito importante que o profissional esteja preparado para lidar com essa situação. Nesses momentos, é fundamental que o profissional **explique** ainda melhor para o paciente no que consistirá seu tratamento e retome essas informações nas consultas futuras.

Outro fator fundamental é que, para haver esse esclarecimento, é preciso que as informações fornecidas sejam **compreendidas**. Nem tudo o que o profissional vai dizer para o paciente será entendido em um primeiro momento. Por isso, é preciso se certificar de que o paciente entendeu no que consistirá o tratamento. Para tanto, é necessário mais do que perguntar ao paciente “Você entendeu?”. É primordial conversar com o paciente e perguntar para ele “O que você entendeu a respeito de seu tratamento, ou de seu problema de saúde?”.

Mais um elemento que deve ser considerado pelo profissional para garantir o esclarecimento é que o modelo de comunicação a ser adotado pelo profissional seja **bidirecional**. Mas o que isso significa? Devemos nos preparar para **ouvir** o paciente. Os profissionais estão acostumados a informar os pacientes. Em uma consulta, o que se percebe muitas vezes é que o profissional fala mais do que o paciente.

Os psicólogos estão acostumados a ouvir seus pacientes, mas, para os outros profissionais que tratam da saúde das pessoas, essa não é a conduta mais comum. O que se verifica, na maioria das vezes, é que o profissional limita a coleta das informações à anamnese do paciente, ou seja, as informações colhidas são aquelas que dizem respeito à saúde do paciente, o que muitas vezes é feito por meio do preenchimento de um formulário pronto no qual se assinala com um X a resposta fornecida pelo paciente.

Por exemplo: “O senhor é diabético?” () Sim () Não

Há pouco (ou nenhum) espaço para o paciente falar sobre a sua doença, como a percebe e como ela está interferindo em sua vida. Esse espaço para o paciente falar é fundamental quando pretendemos percebê-lo em sua totalidade (quando queremos respeitar todas as dimensões da pessoa: física, psíquica, social e espiritual). Quando o profissional limita sua comunicação com o paciente ao momento da anamnese, está restringindo o tratamento à dimensão física dele. A comunicação é bidirecional quando o profissional fala e **ouve** seu paciente.

Quando conseguimos ouvir o paciente, informamos a respeito de sua saúde, percebemos se ele compreendeu o que foi explicado e renovamos essas informações ao longo do tratamento, temos a possibilidade de pedir seu consentimento para o tratamento. Assim, o consentimento se estabelece como um **processo**, e não fica limitado ao preenchimento de um formulário. O documento assinado pelo paciente, no qual ele autoriza o tratamento, é importante, mas de nada adianta se ele não compreendeu em que consistirá seu tratamento.

Outro aspecto a ser considerado quando se fala em consentimento é a necessidade de o paciente ter liberdade para decidir, mas essa liberdade sempre deverá estar associada à sua responsabilidade diante da decisão que for tomada. O profissional tem o dever de esclarecer, mas o paciente, uma vez esclarecido, tem o direito de decidir o que melhor lhe convém. Deve-se, pois, respeitar sua autonomia.

Quando o consentimento é obtido seguindo esses critérios, estabelecer-se-á a desejada aliança terapêutica entre profissional e paciente.

Quarto desafio ético: a privacidade e o sigilo

“A privacidade é o direito que o paciente tem de ser atendido em um espaço privado de consulta.” Esse é o conceito clássico de privacidade difundido no âmbito da saúde.

Entretanto, em diversas situações, o *setting* do atendimento tradicionalmente se desloca do “consultório”, ao qual o profissional está acostumado, para a casa, o lar do paciente, visto que as visitas domiciliares integram a Estratégia de Saúde da Família. Assim, nessas visitas, um diagnóstico da **realidade** das famílias é realizado no ambiente em que elas vivem.

As visitas domiciliares representam a possibilidade de conhecer melhor as pessoas e, dessa maneira, realizar ações educativas nas residências delas, facilitando a mudança de hábitos, e assim favorecendo a promoção de sua saúde.

Por outro lado, essas visitas são primordialmente realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde – que são vizinhos, amigos (ou inimigos) daquela família. Haveria um limite para a interferência na vida daquelas pessoas? Todas as informações colhidas podem (ou devem) ser compartilhadas por todos os membros da equipe de saúde?



Destaque

Qualquer pessoa tem direito ao sigilo das informações obtidas durante um atendimento na saúde. A confidencialidade das informações é tanto um dever do profissional da saúde como um direito do paciente. A quebra do sigilo só é justificada nos casos de riscos à pessoa ou a terceiros. Nesses casos, a necessidade da quebra de sigilo deverá ser comunicada à pessoa. Por isso, compartilhar informações com membros da equipe de saúde só se justifica quando se espera um real benefício àquela pessoa.

As informações que um paciente fornece para um profissional devem ser mantidas em sigilo. Não podemos comentar com outras pessoas. Devemos também ter bastante cuidado com a equipe de saúde, que também é obrigada a manter o sigilo das informações. Contudo, algumas vezes, o profissional poderá se reunir com colegas para discutir um caso clínico, com a intenção de melhorar o atendimento ao paciente. Nesses casos, desde que mantida a identidade do paciente em sigilo, essa “consulta” é permitida.

Assim, é preciso estar atento à coleta das informações e ao preenchimento da anamnese, que muitas vezes é realizado diante de outras pessoas, em voz alta, o que poderá constranger o paciente. Além disso, os comentários, dentro e fora do ambiente de atendimento, devem ser evitados.

Com a maior consciência dos direitos que o público em geral e os pacientes em particular vêm adquirindo, os profissionais de saúde devem estar cada vez mais atentos para não ser surpreendidos com denúncias feitas por pacientes ou familiares quanto ao seu comportamento.

Quinto desafio ético: a importância do prontuário

Os prontuários, quando compostos de registros bem documentados, representam a oportunidade de seguir e avaliar o tratamento de um paciente, bem como poderão fornecer dados relativos ao controle de qualidade do atendimento prestado.

É preciso documentar todos os aspectos no que tange aos cuidados dispensados ao paciente, sendo fundamental preencher e armazenar o prontuário de forma adequada. Salienta-se que esse documento, apesar de estar sob a guarda do profissional, ou do serviço, pertence ao paciente.

Nas Unidades de Saúde da Família, o prontuário único da família facilita o enfrentamento dos problemas vivenciados ao concentrar as informações sobre ela. Mas atenção especial à guarda das informações deve ser tomada, visto que os dados de cada um dos membros da família não podem ser disponibilizados para os outros membros, sob o risco de se agravarem os problemas referentes ao relacionamento entre eles.

Ademais, alguns serviços já estão utilizando o prontuário único eletrônico, que pretende facilitar o acesso dos profissionais aos dados do paciente (ou família), agilizar o atendimento, bem como facilitar a organização dos serviços.

Contudo, o prontuário eletrônico representa um novo desafio no que tange à manutenção do sigilo das informações que se referem ao paciente. Para proteger o acesso às informações contidas no prontuário, preservando o direito ao sigilo daqueles dados, é necessária a utilização de senhas e de certificados digitais.

Ressalte-se que a manutenção do sigilo das informações referentes à saúde do paciente, como anteriormente explanado, deve ser preservada quando da manipulação do prontuário, esteja ele em meio físico (papel) ou em meio eletrônico.

Sexto desafio ético: a interferência na adoção (ou não) de estilos de vida saudáveis

As ações de saúde pública visam interferir no processo saúde-doença da coletividade, com a finalidade de proporcionar um melhor estado de saúde para as populações. Essas ações podem, contudo, gerar confrontos entre os interesses individuais e os coletivos, entre as liberdades individuais e o bem-estar ou a segurança da coletividade.

Todas as pessoas têm responsabilidades em relação à vida dos outros, afinal vivemos em sociedade. No entanto, a fim de tornar possível esse princípio, devem-se oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetem suas vidas e que sejam capacitadas para que, de forma livre e esclarecida, possam manter o controle sobre sua saúde e suas condições de vida e sobre a possibilidade de interferência sobre a vida dos outros.

Em um contexto cultural que privilegia o conceito de autonomia, passam a ser aceitas todas as escolhas individuais, mesmo aquelas que prejudicam a saúde das pessoas (por exemplo, fumar ou consumir bebidas alcoólicas). Contudo, essas escolhas pessoais devem ser responsáveis, ainda que sejam influenciadas pelo grupo social a que pertencem essas pessoas, que as exercem para ser aceitas como parte desse grupo. Para decisões responsáveis, se supõe uma base de maturidade pessoal que exige informação e formação para adequado discernimento diante de valores.

Entretanto, podem surgir conflitos: essas escolhas individuais referentes ao estilo de vida (saudável ou não) seriam expressão da liberdade individual ou um dever, uma obrigação?

Quando a adoção de um estilo de vida não saudável pode prejudicar a vida de outra pessoa, é dever do Estado proteger a coletividade.

Para proteger as pessoas, algumas ações implantadas pelo Estado e que visam ao benefício da coletividade entrarão em conflito com a autonomia individual. O motivo desse conflito é que as ações de saúde pública visam interferir no processo saúde-doença da coletividade, com a finalidade de proporcionar um melhor estado de saúde para as populações. Assim, poderão surgir confrontos entre os interesses individuais e os coletivos, entre a liberdade individual e o bem-estar ou a segurança da coletividade.

Veja alguns exemplos de ações de saúde pública que podem gerar conflitos com a liberdade individual.

- a) **As ações de vigilância sanitária:** quando um restaurante é fechado em razão da falta de condições adequadas de higiene, está se pensando no benefício da sociedade, em detrimento da liberdade do dono do restaurante. Se a autonomia do dono do restaurante prevalecesse, o restaurante não poderia ser fechado. Contudo, como o prejuízo para a população seria grande, o restaurante é interditado, ou seja, o benefício da coletividade sobrepõe-se à autonomia do dono do estabelecimento.
- b) **O controle de zoonoses:** as pessoas que têm animais são responsáveis por sua vacinação para proteger a população de doenças transmitidas por eles. Não há escolha, há a obrigação de vacinar os animais!
- c) **A saúde do trabalhador:** é responsabilidade do empregador cuidar da saúde e da proteção do trabalhador (por exemplo, fornecendo-lhe equipamentos de proteção individual); por outro lado, é dever do trabalhador seguir essas recomendações.
- d) **O controle de comportamentos considerados não saudáveis:** com a restrição da autonomia individual (proibir fumar em edifícios públicos é eticamente validado pelo princípio da não maleficência, ou seja, para não prejudicar os não fumantes, os fumantes têm sua liberdade de fumar cerceada em locais fechados). As ações de saúde pública interferem em algumas escolhas de comportamento individual ao controlar estilos e comportamentos de vida considerados não saudáveis (fumantes, alcoólatras, usuários de drogas, obesos, consumo excessivo de açúcar...). Essas ações têm a intenção de diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças que gerariam custos elevados para toda a população com o tratamento das doenças decorrentes desses comportamentos não saudáveis.
- e) **Vacinação:** as campanhas de vacinação também visam ao bem comum, ou seja, todas as pessoas devem ser vacinadas para que as doenças possam ser controladas.
- f) **Fluoretação das águas:** a incorporação do flúor nas águas de abastecimento público visa diminuir a prevalência de cárie da população, trazendo um benefício para o maior número de pessoas, o que justifica sua incorporação nas águas de abastecimento público. A interferência da saúde pública sobre a autonomia individual está, portanto, baseada nos princípios éticos da beneficência e não maleficência.

Entretanto, a adoção de um estilo de vida não saudável (fumar, beber, ter uma vida sedentária, entre outros) poderá não prejudicar outra pessoa, mas apenas o próprio paciente. Nesses casos, é preciso evitar a discriminação das pessoas em virtude de características pessoais e escolhas. A saúde pública não deve culpar a vítima. Dessa forma, a persuasão, a tentativa de esclarecimento do paciente, é eticamente aceitável, mas não a coerção. Não se pode obrigar alguém a adotar um estilo de vida saudável, nem culpar aquele que, na manifestação de sua autonomia, decidir, por exemplo, não parar de fumar, mesmo ciente de todos os riscos à sua própria saúde.

A condenação da vítima é algo sobre o qual a Bioética deve estar atenta. A Bioética se apresenta como uma possível ferramenta para refletir sobre os danos provocados pela mudança de paradigma da saúde de um direito para um dever do indivíduo, assim como eventuais formas de resistência a esse deslocamento.

As ações educativas são fundamentais para o esclarecimento da população sobre os riscos dos comportamentos considerados não saudáveis. Por isso, devem-se oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem a autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetem suas vidas e sejam capacitadas para que, de forma livre e esclarecida, possam manter o controle sobre sua saúde e suas condições de vida. É preciso respeitar as diferenças e dar oportunidades de os grupos se manifestarem e participarem das decisões.

Sétimo desafio ético: a satisfação do usuário

A preservação e a promoção da saúde das pessoas são metas da Atenção Básica. Acrescente-se a busca pela satisfação do paciente. Para atingi-la, é necessário considerar:

- o controle da ansiedade e do medo do paciente;
- a incorporação de sua percepção de saúde (que muitas vezes é diferente da percepção do profissional);
- o reconhecimento de suas expectativas;
- a incorporação das tecnologias leves ao relacionamento com o paciente a fim de estabelecer um vínculo com ele;
- a adequação dos aspectos técnicos do atendimento.

Ressalta-se que em diversas situações o paciente terá dificuldade em avaliar os aspectos técnicos do atendimento; contudo, todos os outros aspectos ele consegue avaliar e resultarão em maior ou menor satisfação com o atendimento recebido.

Diversos estudos mostram que a principal causa de processos judiciais contra profissionais da área da saúde é o rompimento da relação profissional-paciente (e não a insatisfação com o resultado do tratamento).

Considerações finais

Há vários anos, estudos demonstram que existem diferenças nos estados de saúde das pessoas em razão de fatores sociodemográficos, socioeconômicos, étnicos, entre outros. Portanto, se a saúde incorpora a necessidade de respeito e proteção a diversos fatores, para haver justiça é necessário considerar todos eles.

Na Atenção Básica, diversos dilemas éticos poderão surgir na relação com o paciente, com a equipe de saúde, na obtenção do consentimento ou na preservação do sigilo das informações.

Para enfrentá-los de forma adequada, propõe-se que se parta, como fundamento ético, do reconhecimento das pessoas como seres únicos e constituídos de uma totalidade de aspectos – biológicos, sociais, psíquicos e espirituais –, enfim, como pessoas dotadas de uma dignidade que torna cada uma delas merecedora de atenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LEONE, S.; PRIVITERA, S.; CUNHA, J.T. (Coords.). **Dicionário de bioética**. Aparecida: Editorial Perpétuo Socorro/Santuário, 2001.

Bibliografia complementar

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

JUNQUEIRA, C. R. Consentimento nas relações assistenciais. In: RAMOS, D. L. P. **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007.

_____; JUNQUEIRA, C. R. “Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios”. In: RAMOS, D.L.P. **Bioética e ética profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007, p. 22-34.

_____; JUNQUEIRA, S. R. Bioética e saúde pública. In: RAMOS, D. L. P. **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009, p. 97-115.

RAMOS, D.L.P. **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009. 374p.