

Origens da bioética

O termo “bioética” foi introduzido na década de 70 pelo biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter através da publicação de dois trabalhos, a saber, do artigo *Bioethics: The Science of Survival* e do livro *Bioethics: Bridge to the Future*. As obras procuraram mostrar que os valores éticos não podem estar separados dos fatos biológicos. Com o avanço da medicina, especialmente da tecnologia biomédica, novos problemas foram colocados frente ao homem, e Potter, nesse sentido, defendeu que a necessidade de uma ética da vida se fazia presente para além das universidades, tendo que estar mais próxima das conquistas da ciência que afetavam a vida humana. Sobre esse novo conceito necessário, afirma Potter:

A humanidade necessita, urgentemente, de uma nova sabedoria que fornecerá o “conhecimento de como usar o conhecimento” para a sobrevivência do homem e para a melhora na qualidade de vida. Esse conceito de sabedoria como guia para a ação – o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social – pode ser chamado *Ciência da Sobrevivência*, certamente o pré-requisito para melhorar a qualidade de vida. Eu tomo a posição de que a ciência da sobrevivência deve ser construída sobre a ciência da biologia e estendida para além dos limites tradicionais para incluir os elementos mais essenciais das ciências sociais e humanidades, com ênfase na filosofia em sentido estrito, “amor da sabedoria”. Uma ciência da sobrevivência deve ser mais que apenas ciência, e eu, por essa razão, proponho o termo *Bioética* a fim de enfatizar os dois mais importantes ingredientes para alcançar a nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos. (1971, p. 1, tradução nossa)².

Desse modo, Potter percebeu a necessidade de um novo modelo de ciência que pudesse integrar a biologia, as humanidades e a ciência social. Essa nova perspectiva deveria considerar, principalmente, a natureza do homem, bem como a relação deste com o mundo biológico e físico. Essa nova ciência possibilitaria a reflexão sobre os avanços da ciência tanto quanto sobre os seus limites, a fim de que o futuro da humanidade pudesse ser garantido e a melhoria da qualidade de vida das futuras gerações alcançada. Para isso, “um instinto de sobrevivência não é suficiente. Nós devemos desenvolver a ciência da sobrevivência, e ela deve começar com um novo tipo de ética – a bioética” (Potter, 1971, p. 4, tradução nossa)³. Esta deve basear-se em conceitos de biologia e no conhecimento da natureza humana, permitindo que se delimite o alcance do conhecimento biológico para que seja, então, possível, a elaboração de políticas públicas que tenham como propósito, como foi há pouco mencionado, a sobrevivência da humanidade e a melhoria da qualidade de vida.

Antes da introdução do termo “bioética” por Potter, porém, o mundo vivenciou experiências marcantes contra a vida. Ao final da Segunda Guerra Mundial, o Julgamento de Nuremberg no ano de 1945 tornou públicos os horrores cometidos contra os prisioneiros nos campos de concentração, os quais se realizaram em nome da pesquisa científica, do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Um exemplo de experiências realizadas nos campos de concentração nazistas consistia em acompanhar o desenvolvimento de doenças como o tétano em mulheres, as quais recebiam injeções que continham as bactérias responsáveis pela doença. As infecções eram induzidas pelos médicos, e a aplicação de anestésicos não era feita para não comprometer o caráter científico da pesquisa. As experiências, portanto, voltavam-se apenas para a observação do desenvolvimento da doença, mas não incluíam qualquer tipo de tratamento.

Para que abusos como esses não voltassem a ser cometidos, era preciso pensar os problemas suscitados pelo desenvolvimento da pesquisa biomédica e pela utilização de novas tecnologias a partir de bases que pudessem justificar determinadas práticas e condenar outras que atentassem contra a humanidade, o que seria possível através de uma reflexão ética sobre essas novas questões.

Origens ainda mais antigas podem ser encontradas na formulação de princípios como o da beneficência e não-maleficência. Este último iguala-se ao Juramento Hipocrático, fundamental na tradição médica. Tal princípio obriga que as ações não devam causar danos aos pacientes e devam promover o bem.

O surgimento da bioética nos Estados Unidos está ligado a alguns fatos que provocaram indignação pública em função do total desrespeito à vida humana. Em 1963, foram realizadas pesquisas com idosos, os quais receberam células tumorais sem que tivessem dado seu consentimento. Outra pesquisa realizada envolveu 400 negros portadores de sífilis, que, a partir dos anos 40 até a década de 70, foram investigados a fim de que o desenvolvimento natural da doença no organismo humano pudesse ser conhecido. Essas pessoas, portanto, foram deixadas sem tratamento, embora a penicilina já tivesse sido descoberta em 1945.

Diante desses fatos, foi criada em 1974, nos Estados Unidos, a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental, para que as pesquisas que fossem realizadas a partir de então pudessem se guiar por princípios éticos que respeitassem a vida humana. Foi a partir dessa comissão que teve origem, em 1978, o Relatório Belmont, marcando o surgimento da abordagem principialista na bioética. O documento elaborado pela comissão apresentou três princípios éticos que deveriam nortear a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, quais sejam, o princípio do respeito pela pessoa, o princípio da beneficência e o princípio da justiça.

Foi a partir do Relatório Belmont que teve origem a concepção principialista na bioética defendida por Beauchamp e Childress. A primeira edição da obra dos autores, *Principles of Biomedical Ethics*, a qual apresenta a teoria, foi publicada no ano de 1979, sendo posteriormente reeditada, chegando à sua quinta edição no ano de 2001.

A seguir, serão apresentadas as principais características dessa teoria, que se apresenta, atualmente, como a corrente predominante na tentativa de fundamentação da bioética.

O principialismo na bioética

Beauchamp e Childress desenvolvem uma teoria de ética aplicada especialmente dirigida à ética biomédica. A partir do Relatório Belmont, os autores de *Principles of Biomedical Ethics* redefinem os três princípios apresentados naquela obra, acrescentando, ainda, o princípio da não-maleficência como um desmembramento do princípio da beneficência. O principialismo sustenta, portanto, quatro princípios básicos como normas de ação voltadas para a prática biomédica: princípio do respeito à autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Apesar do principialismo constituir-se numa teoria de ética *biomédica*, sua aceitação tornou-se de tal modo ampla, que ele está sendo utilizado em referência à bioética em geral. Se isso pode ser feito a partir das bases que sustentam a teoria, é uma questão que será tratada adiante.

Uma das características da teoria de Beauchamp e Childress consiste na união de princípios caracterizados como teleológicos e deontológicos. Os autores do principialismo possuem convicções éticas e filosóficas distintas. Beauchamp é utilitarista e Childress é deontologista. Apesar dessa divergência no campo teórico, eles argumentam que na prática haveria uma coincidência entre as normas adotadas para realizar uma determinada ação.

Os autores distinguem, também, os termos “princípios” e “regras”. Estas seriam generalizações normativas com conteúdo e alcance mais estrito que os princípios. Elas funcionam como normas precisas de ação que estabelecem o que deve ser feito em determinadas circunstâncias. Os princípios, contudo, são guias gerais que permitem a formulação de regras e linhas de ação mais detalhadas.

Na teoria de Beauchamp e Childress, os princípios possuem caráter *prima facie*, devido à influência, principalmente, da obra *The Right and the Good* de W. D. Ross. Desse modo, a validade *prima facie* dos princípios faz com que eles sejam igualmente considerados num primeiro momento ou em uma primeira consideração, mas permite que possam ser abandonados em função de outros deveres, supostamente mais fortes e que se mostrem necessários diante de determinados conflitos morais. Assim, não há entre os princípios qualquer hierarquia, dado que num primeiro momento todos têm valor e devem ser respeitados, mas na medida em que outras razões suficientemente fortes exigirem a adoção de um outro princípio, a “infração” poderá ser justificada. Para Beauchamp e Childress, alguns atos, do mesmo modo, podem ser *prima facie* errados ou corretos em determinadas circunstâncias, “porque duas ou mais normas entram em conflito nessas circunstâncias” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 14, tradução nossa)⁴. Quando tal conflito existe, cabe ao agente comparar os diferentes pesos que têm as possíveis ações. Frente a princípios que são *prima facie* e conflitam entre si, o agente deve considerar todos os elementos envolvidos na situação. Conseqüentemente, o dever de agir conforme um ou outro princípio será determinado pelo exame daquilo que é certo ou errado na circunstância em que o indivíduo se encontra.

O princípio do respeito à autonomia

Respeitar a autonomia de uma pessoa implica reconhecer o direito dela ter suas próprias concepções, de fazer suas escolhas, bem como de agir em conformidade com seus valores e crenças. Esse respeito deve ser um reconhecimento permanente de que as pessoas têm direito de atuar em concordância com suas próprias convicções. É por isso que respeitar a autonomia não significa somente não intervir nas escolhas dos indivíduos, mas também propiciar as condições para que as ações autônomas possam ser realizadas. Isso se faz evitando as circunstâncias que podem impedir as pessoas de atuarem autonomamente, como, por exemplo, por medo ou diante da falta de conhecimento acerca de uma situação. O respeito à autonomia, portanto, é uma ação que se dá quando o direito da autonomia das pessoas é assegurado, reconhecido e promovido.

O princípio da autonomia pode ser formulado numa forma negativa, segundo a qual “as ações autônomas não devem ser sujeitas ao controle exercido por outras pessoas” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 64, tradução nossa)⁵. Nessa forma, o princípio não admite exceções e deve ser especificado em contextos particulares para que as regras dele derivadas possam ser guias de condutas que garantam às pessoas o direito à intimidade e ao consentimento informado, por exemplo. Através das especificações, é possível determinar exceções válidas ao princípio que surjam, eventualmente, em determinadas circunstâncias.

Na formulação positiva, o princípio exige que o indivíduo seja respeitado e receba informações que lhe auxiliem na tomada de decisões, permitindo que suas escolhas sejam autônomas. Dessa forma, o profissional da saúde deve fazer com que o indivíduo, além de receber a informação, compreenda e seja capaz de decidir autonomamente. Isso mostra que as ações autônomas podem necessitar de algum tipo de auxílio para que ocorram na prática, como acontece quando um paciente quer decidir sobre seu tratamento, mas, para isso, necessita da ajuda de seu médico para que entenda os possíveis benefícios e prejuízos implicados pela sua decisão.

As duas formulações do princípio do respeito à autonomia possibilitam a derivação de várias regras, as quais também têm caráter *prima facie*, ao mesmo tempo em que as justificam. São exemplos dessas regras: “Dizer a verdade”, “Respeitar a intimidade das pessoas”, “Proteger a informação confidencial”, “Obter o consentimento dos pacientes para as intervenções” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 65,

tradução nossa)⁶. O princípio da autonomia implica, dessa forma, o respeito à autonomia das pessoas, reconhecendo o direito de se expressarem e agirem conforme a sua vontade, desde que não haja prejuízos a outros indivíduos.

O princípio da não-maleficência

O princípio da não-maleficência está intimamente ligado à máxima “Primum non nocere”: “Em primeiro lugar, não causar dano”. Esse princípio possui uma longa tradição na ética médica, pois tem suas origens no Juramento Hipocrático seguido por todos os médicos. Dessa forma, apresenta-se como um princípio de relevância na prática moral, especialmente na prática biomédica, já que serve como orientação efetiva aos profissionais da saúde.

Tal princípio, segundo Beauchamp e Childress, é reconhecido por muitos tipos de teorias éticas, sejam elas utilitaristas ou não-utilitaristas. Embora o aceitem, há filósofos – como, por exemplo, Frankena – que defendem a união desse princípio com o princípio da beneficência. Tal união seria pertinente na medida em que as obrigações implicadas por ambos os princípios poderiam ser derivadas unicamente a partir do princípio da não-maleficência. A posição dos autores, contudo, é a de que essas obrigações são distintas. Isso pode ser observado no caso das regras que contêm imperativos negativos, como o de não causar dano, e as que consistem em imperativos positivos de ação, como “ajude as pessoas”. Assim, as implicações do princípio de não-maleficência diferem daquelas inferidas a partir do princípio da beneficência e não devem, portanto, ser subsumidas num único princípio.

Há duas formulações para o princípio da não-maleficência, uma positiva e outra negativa. No princípalismo, assim como muitas vezes ocorre na ética, a forma negativa é predominante, pois o dever de não causar dano parece ter maior peso moral do que um imperativo de beneficência: deve-se primeiro prevenir um dano para, depois, promover um bem.

O princípio da não-maleficência, em sua formulação negativa, é elaborado da seguinte maneira: (a) não se deve causar dano ou mal (Beauchamp e Childress, 2001, p. 115). Desse princípio são derivadas regras, como, por exemplo, “Não matarás”, “Não causarás dor ou sofrimento aos outros” e “Não ofenderás”. Quando elaborado positivamente, ele admite três formulações, as quais, para os autores, constituem-se no princípio da beneficência. Elas podem ser assim enunciadas: (b) deve-se prevenir o dano ou o mal; (c) deve-se evitar ou recusar o mal; (d) deve-se fazer ou promover o bem.

Pode-se perceber que, embora pareçam ter o mesmo alcance ou extensão, os dois princípios diferem, principalmente, quanto às possíveis regras que originam e que podem ter maior peso moral conforme a própria elaboração, pois, como foi dito anteriormente, a forma negativa é geralmente predominante sobre a positiva. Entretanto, isso não significa que o princípio da não-maleficência tenha mais valor que o da beneficência. Dado o caráter *prima facie* dos princípios, nem mesmo diante de um conflito entre eles é regra que as obrigações de não-maleficência predominem. Dadas essas peculiaridades, faz-se necessário diferenciá-los. É preciso que fiquem claras as obrigações implicadas por cada um deles para que as ações morais possam ser realizadas adequadamente.

O princípio da beneficência

Um ato beneficente pode ser classificado como aquele que proporciona um bem a alguém. Ações beneficentes, portanto, são todas aquelas que beneficiam as pessoas. Já o princípio da beneficência tem caráter imperativo, expressa uma obrigação moral de agir em benefício das pessoas. A beneficência, assim, distingue-se da benevolência, que pode ser caracterizada como uma virtude que leva o agente a praticar atos beneficentes. O princípio da beneficência exige das pessoas que elas ajam de forma a promover o bem. Apesar dos atos beneficentes não

serem obrigatórios, o mesmo não ocorre com aqueles que são implicados pelo princípio da beneficência. No contexto da teoria principialista, praticar o bem passa a ser um dever estabelecido por tal princípio, e não apenas o resultado de uma disposição ou virtude dos homens.

O princípio da beneficência é apresentado através de dois princípios, os quais consistem na beneficência positiva e na utilidade. O primeiro determina que se aja promovendo o bem. Entretanto, quando uma pessoa busca agir de forma a beneficiar as demais, ela necessita avaliar, por exemplo, os custos e benefícios de sua ação. Dessa forma, a obrigação moral de fazer o bem, estabelecida pelo princípio da beneficência, parece exigir do agente um balanceamento das conseqüências de sua ação. Daí a necessidade de se ter um outro princípio: a avaliação dos benefícios, assim como dos riscos, não deve ser meramente uma atitude do agente, mas uma obrigação indispensável correlacionada ao dever da beneficência. O princípio da utilidade, então, surge como uma extensão do princípio da beneficência positiva. Ele requer do indivíduo um equilíbrio entre os benefícios, riscos e custos de uma determinada ação. Sua aplicação é restrita à avaliação de benefícios, riscos e custos e não deve ser estendida à ponderação de outros tipos de obrigação.

Algumas regras derivadas do princípio da beneficência são: “Proteger e defender os direitos dos outros”, “Prevenir que aconteça algum dano a alguém”, “Suprimir as condições que podem produzir prejuízo a outras pessoas”, “Ajudar as pessoas com deficiência”. As regras de beneficência apresentam normas positivas de ação que raramente são passíveis de punição legal quando não cumpridas e tampouco exigem que as atitudes sejam realizadas de forma imparcial. Diferem, portanto, das regras de não-maleficência, que têm caráter proibitivo, exigem imparcialidade dos agentes e possibilitam sanções legais.

O princípio da justiça

O termo “justiça” é interpretado na obra de Beauchamp e Childress a partir da justiça distributiva e se relaciona à “distribuição igual, equitativa e apropriada, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 226, tradução nossa)⁷. Nesse sentido, a justiça distributiva difere de outros tipos de justiça, como é o caso da justiça penal, a qual está relacionada à aplicação de sanções. “A justiça distributiva refere-se, geralmente, à distribuição de todos os direitos e responsabilidades na sociedade, incluindo, por exemplo, direitos civis e políticos” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 226, tradução nossa)⁸.

Como a distribuição na sociedade se dá, muitas vezes, em meio à escassez de recursos, não é possível contemplar a todas as pessoas. Assim, a justiça distributiva também tem um papel de compensação, uma vez que serve como critério para distinguir as ações injustas, que podem ser consideradas aquelas que causam prejuízos às pessoas na medida em que negam os benefícios aos quais elas têm direito, das ações justas, que se referem aos atos que respeitam os direitos individuais. Desse modo, a formulação do princípio da justiça deveria possibilitar a formulação de regras que garantissem o cumprimento de ações em benefício dos pacientes, como, por exemplo, a garantia da prestação de serviços.

Beauchamp e Childress defendem, portanto, um conceito de justiça intimamente ligado à distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade. O princípio da justiça, conseqüentemente, deveria considerar tais objetivos em sua formulação, estabelecendo critérios para definir, por exemplo, em que consiste uma distribuição igual entre os indivíduos, ou quem, segundo tais critérios, pode ser contemplado ou excluído na distribuição de recursos da saúde. Entretanto, argumentam os autores, apenas um princípio não pode abarcar todos os problemas ligados à justiça (Beauchamp e Childress, 2001, p. 227). Vários princípios de justiça podem surgir na moralidade comum, do mesmo modo como o princípio de beneficência foi subdividido pelos autores, e ser aceitos. Para isso, é necessário que sejam especificados em contextos particulares. Os autores sugerem, então, dois tipos de princípios que podem definir as condições de justiça dos atos, mesmo que, às vezes, devido às circunstâncias extremas com as quais os profissionais da saúde se deparam, tendo que realizar “escolhas trágicas”, eles possam ser

infringidos ou sacrificados (Beauchamp e Childress, 2001, p. 227). São sugeridos, assim, um princípio de justiça formal e outro material, como veremos adiante.

O princípio de justiça formal parte do pressuposto de que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente, princípio já formulado por Aristóteles. A formalidade se dá, nesse caso, devido à falta de especificação do que seja a igualdade e também da falta de critérios para saber quando os indivíduos são iguais. A dificuldade que se impõe, então, consiste na formulação de regras, a partir do princípio de justiça formal, que possam, por exemplo, estabelecer a aplicação de políticas de justiça social na saúde. Parece justo que todas as pessoas sejam tratadas de forma igual tanto perante a lei quanto em relação à assistência sanitária. Assim, todas deveriam ter o direito a um mesmo nível de atendimento. Mas quando isso não é possível, faz-se necessário definir o alcance da igualdade, o que parece, desde o início, uma tarefa que contraria os seus próprios objetivos, na medida em que, como foi mencionado há pouco, parece que todos deveriam ter o mesmo nível de assistência. Se se pretende apontar para os iguais, que podem ser definidos como aqueles que pertencem a uma mesma classe, e esse critério se constituir num determinante para o oferecimento de tratamentos, talvez venha a ser um ato injusto em relação às outras pessoas se a elas forem negados tratamentos somente porque não fazem parte daquela classe, mesmo que necessitem da mesma assistência à saúde. A igualdade, então, aparece como um conceito formal que, na prática, não pode ser especificado se não for teoricamente bem definido, podendo resultar, inclusive, na prática de ações injustas.

O princípio de justiça material, por sua vez, justifica a distribuição igual entre as pessoas oferecendo critérios ou características que permitam distinguir o que seria um tratamento igual de um tratamento desigual. Um exemplo desta forma de especificação é determinar a necessidade como um critério de avaliação para a igualdade; assim, aquele que não tiver suas necessidades fundamentais satisfeitas sofrerá prejuízos. As necessidades fundamentais são aquelas que, se não satisfeitas, causarão danos de modo fundamental ao indivíduo.

Os autores citam outras formas de especificação do princípio material de justiça, como: a cada pessoa uma parte igual; a cada pessoa de acordo com a necessidade; a cada pessoa de acordo com o esforço; a cada pessoa de acordo com a contribuição; a cada pessoa de acordo com o mérito; a cada pessoa de acordo com as trocas do mercado.

Os autores não definem qual o critério mais apropriado, mas reconhecem que características como a raça, o sexo, a posição social, por exemplo, não deveriam ser aceitas como critério para a distribuição e que a necessidade seria um critério de justiça válido. Contudo, se somente ele fosse assumido, ou se somente um outro critério fosse aceito, seria difícil organizar e formular os programas de assistência sanitária ou de políticas públicas e institucionais, já que a adoção de um critério pode se opor a outro. No caso de se defender que todas as pessoas devam ter acesso a certos tratamentos segundo o critério do mérito, exclui-se a necessidade como um critério relevante para a distribuição dos recursos. Assim, parece plausível aceitar que a adoção de um único critério não deva ser feita.

Os autores chegam a afirmar que uma teoria da justiça plausível poderia conter todas as especificações há pouco mencionadas, desde que elas fossem assumidas como *prima facie* e o peso moral de cada uma delas fosse balanceado dentro de um contexto particular ou na esfera em que são especialmente aplicadas. Mas do mesmo modo que a aplicação de um critério exclui a possibilidade de aplicação de outro parece implicar que diferentes critérios devam ser assumidos, por outro lado, eliminar o conflito entre as determinações de cada um deles não é uma tarefa tão fácil de ser alcançada, afinal, um critério que determine a distribuição de recursos segundo a necessidade pode entrar claramente em conflito com aquele que estabelece a distribuição segundo as trocas do mercado. Assim, ainda que fossem considerados *prima facie*, haveria uma indeterminação em relação às circunstâncias em que cada critério deveria ser aplicado e, quando houvesse conflito, qual deveria ser escolhido. Essa é uma razão pela qual os autores defendem que os princípios abstratos, se não forem tomados como parte de uma teoria, pouco ajudam para distinguir as ações justas das ações injustas.

Dificuldades do princípalismo de Beauchamp e Childress

A teoria princípalista de Beauchamp e Childress, conforme foi apresentada até o momento, apresenta-se como a teoria predominante em relação à fundamentação da bioética. Isso não significa, porém, que ela não contenha problemas em sua formulação. Algumas críticas podem ser feitas ao princípalismo, principalmente no que concerne às bases que sustentam a construção da própria teoria.

O princípalismo depara-se, por exemplo, com uma dificuldade de explicar as razões pelas quais se escolhem os princípios aplicados na bioética. A justificação dada pelos autores, baseada nas noções de moralidade comum, equilíbrio reflexivo e coerência, parece sustentar que os princípios eleitos devem ser, de certa forma, princípios que concordem com nossas intuições morais. Mas isso não é suficiente para se dizer que o princípio da autonomia deva ser escolhido em detrimento de um outro princípio, que poderia ser um princípio da responsabilidade. Os quatro princípios assumidos na teoria são escolhidos a partir de noções intuitivas que são confrontadas com outras noções morais. A base, portanto, que sustenta o princípalismo é intuicionista, entendida no sentido que Rawls lhe confere:

[...] a doutrina segundo a qual há um conjunto irreduzível de princípios básicos que devemos pesar e comparar perguntando-nos qual equilíbrio, em nosso entendimento mais refletido, é o mais justo. Uma vez atingido um certo nível de generalidade, o intuicionista afirma que não existem critérios construtivos de ordem superior para determinar a importância adequada de princípios concorrentes. [...] As teorias intuicionistas têm, então, duas características: primeiro, consistem em uma pluralidade de princípios que podem chocar-se e apontar diretrizes contrárias em certos casos; segundo, não incluem nenhum método específico, nenhuma regra de prioridade, para avaliar esses princípios e compará-los entre si: precisamos simplesmente atingir um equilíbrio pela intuição, pelo que nos parece aproximar-se mais do que é justo. (Rawls, 2002, p. 36).

Dessa forma, não há critérios para se dizer qual princípio deve ser escolhido, nem avaliar qual é o melhor entre princípios concorrentes. A escolha é feita por intuição, pelo que parece se adequar entre a moralidade comum e os princípios apontados como necessários à prática moral biomédica. Como aponta Frankena, ao adotar-se o intuicionismo, há que se abandonar qualquer pretensão de justificação dos princípios, uma vez que estes são evidentes por si mesmos e autojustificáveis. Conceitos morais como “deve” e “bom” correspondem a propriedades indefiníveis e não-naturais. Os juízos éticos e de valor, portanto, devem corresponder a relações entre as coisas, porém, ao no sentido factual. Tais juízos podem ser verdadeiros ou falsos, mas não a partir de uma justificação empírica ou metafísica, somente através da intuição. Os problemas suscitados pelo intuicionismo são tanto de natureza ontológica quanto epistemológica, como afirma Frankena:

Um intuicionista deve acreditar em propriedades simples, propriedades que sejam de uma peculiar espécie não-natural ou normativa, em conceitos a priori ou não-empíricos, em intuição, em proposições auto-evidentes ou sintéticas e assim por diante. [...] É difícil ter certeza, e muitos filósofos não deparam com tais propriedades em sua experiência. É também muito difícil compreender a que se assemelha uma propriedade não-natural, e os intuicionistas não têm proporcionado esclarecimentos muito satisfatórios. Além disso, é muito difícil sustentar, dentro da esfera da Ética, a crença em conceitos a priori e em verdades evidentes por si mesmas, agora que os matemáticos abandonaram a idéia de que, em seu campo, haja verdades e conceitos dessa espécie. (1980, p. 124).

Essa falta de critérios que caracteriza a base intuicionista adotada pelo princípalismo torna-o frágil na medida em que o impossibilita de justificar, não os seus princípios, mas o porquê da adesão a eles e não a outros.

A necessidade de se ter quatro princípios defendida por Beauchamp e Childress também poderia ser questionada. Engelhardt, por exemplo, defende uma abordagem princípalista na bioética que se concentra em dois princípios: o princípio do consentimento e o princípio da

beneficência. Tal concepção privilegia a autonomia do sujeito para resolver problemas morais em uma sociedade pluralista. O consentimento dado pelo paciente, então, expressa sua autoridade como a fonte de resolução de conflitos, uma vez que tal autoridade não pode provir de teorias ou argumentos racionais (Engelhardt, 1998, p. 158). Na primeira versão do princípalismo proposta no Relatório Belmont em 1978, três princípios foram assumidos: o princípio do respeito às pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Na primeira edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*, em 1979, o princípio da beneficência se desdobrou e deu origem ao princípio da não-maleficência. Essa divisão adotada por Beauchamp e Childress parece ir contra os propósitos da própria teoria, que pretende ser simples e clara, na medida em que as regras que são derivadas do princípio da beneficência são semelhantes àsquelas derivadas do princípio da não-maleficência, podendo ser reunidas num único princípio através de uma especificação e descrição detalhada do seu alcance.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que esses princípios poderiam ser formulados num único enunciado, talvez fosse necessário incorporar à teoria outro princípio que atendesse às novas perspectivas da biotecnologia e complementasse a concepção princípalista. Há questões morais envolvidas nos avanços da biotecnologia que, talvez, os autores de *Principles of Biomedical Ethics* não consigam resolver sem que outros princípios sejam incorporados à sua teoria. A possibilidade de que sejam acrescentados novos princípios é um dos méritos da teoria, como bem ressalta Maria Cecília M. de Carvalho:

O princípalismo na bioética desfrutou sempre do maior prestígio e, mesmo hoje, apesar de ser alvo de críticas, continua sendo o paradigma predominante na Bioética, devido sobretudo ao seu caráter aberto, capaz de incorporar outros princípios além dos quatro mencionados. Além disso, outra razão para a aceitabilidade da bioética princípalista reside na clareza da formulação dos princípios e na plausibilidade dos mesmos. Não é portanto de estranhar tenha a bioética princípalista adquirido o estatuto de um paradigma. (2001, p. 115).

Apesar do elogio à clareza com a qual são formulados os princípios, há que se discordar que o mesmo ocorra com o princípio da justiça. Os demais princípios assumidos na teoria recebem uma formulação precisa, e a partir dela são derivadas algumas regras. O mesmo não acontece com o princípio da justiça, que no decorrer da obra, não é formulado claramente, e tampouco são citadas regras que ele implicaria. As considerações dos autores são ilustrativas, mas não apontam para uma direção clara acerca dos fundamentos e da aplicação do princípio. A falta de uma formulação do princípio da justiça, desse modo, fragiliza a teoria, já que a possibilidade de se balancear os diferentes princípios frente aos dilemas morais, devido ao caráter *prima facie* que possuem e que pode ser considerado um dos méritos da teoria, pressupõe que os princípios sejam claramente expostos para que se possa avaliar e decidir pela melhor ação a ser realizada. Se o princípio da justiça, fundamental no contexto da teoria e de relevância na tomada de decisões, não é explicitado, como será possível saber se seria melhor seguir, em uma determinada situação, o princípio da autonomia ou o princípio da justiça? Conseqüentemente, a possibilidade da teoria princípalista de fundamentar a bioética pode ser comprometida se o princípio da justiça não for claramente enunciado. Para que essa concepção pudesse orientar a prática médica no sentido das ações morais serem eticamente perfeitas, seria necessário o conhecimento dos princípios e das regras deles derivadas, portanto, que o princípio da justiça que os autores pretendem afirmar fosse melhor abordado na obra deles autores. Sem que isso ocorra, o princípalismo falha em sua própria estrutura teórica e torna difícil a aplicação correta dos princípios assumidos.

A ética de virtudes na bioética

Mas a crítica que talvez seja mais importante para a questão da fundamentação da bioética está relacionada ao papel das virtudes em tal contexto. Apesar da predominância do princípalismo, têm surgido outras teorias que pretendem fornecer as bases do agir moral na ética biomédica, como é o caso da ética de virtudes. Tal teoria chama a atenção pelo fato de conter argumentos fortes e se apoiar numa tradição de

relevância, a saber, a tradição aristotélica. Ela sustenta, basicamente, que não são os princípios, mas o caráter virtuoso dos agentes que torna possível a moralidade das ações.

As dificuldades com as quais o principialismo se depara, como no caso de haver conflitos entre princípios diante de um dilema moral ou em relação à aplicação correta dos princípios, já que estes têm caráter *prima facie* e não possuem uma hierarquia, podem provir do fato de que somente os princípios não podem tornar os atos humanos moralmente corretos. Os próprios autores do principialismo reconhecem esse problema ao afirmar que, “freqüentemente, o que mais conta na vida moral não é a adesão consistente aos princípios e regras, mas um caráter confiável, um bom senso moral e uma responsividade emocional” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 26, tradução nossa)⁹. Além disso, “nossos sentimentos e preocupações pelos outros levam-nos a ações que não podem ser reduzidas a casos de seguir-regras” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 26, tradução nossa)¹⁰. Assim, a prática moral não se restringe à aplicação de princípios, pois há circunstâncias em que mais importante que seguir uma regra é ser um agente virtuoso, ou mesmo porque, geralmente, a aplicação de um princípio depende de virtudes, como a prudência, por exemplo.

Edmund Pellegrino e David Thomasma, defensores da ética de virtudes na bioética, apontam para o papel das virtudes no contexto da prática médica. Nessa perspectiva, as virtudes são fundamentais para se alcançar o bem do paciente, que é o bem interno da prática médica. A teoria dos autores concentra-se na idéia de beneficência, pois o médico deve agir em função do bem do paciente, e nas virtudes, que são disposições habituais para se fazer o bem.

Na perspectiva sustentada na obra *For the Patient's Good* de Pellegrino e Thomasma, o fim da medicina não é apenas a cura, mas uma espécie de restabelecimento da saúde (*healing*), a qual não se refere, exclusivamente, ao corpo, mas também à saúde psicológica e social. Restabelecer a saúde do paciente, então, implica não só curar a doença das pessoas, mas também-las a retomar sua vida normal através do poder sobre si mesmas (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 10). É nesse sentido que o médico deve, também, buscar que o paciente retome sua autonomia, muitas vezes afetada pelas doenças.

Os autores sustentam que a saúde é um bem a que as pessoas e a sociedade aspiram e que, para alcançá-la, a prática da beneficência é necessária. Agir em função do bem do paciente expressa um compromisso do médico em restabelecer a saúde, em atuar em razão dos melhores interesses do paciente. Além disso, as diferentes atribuições de valores permitem compreender que existem diferentes tipos de bem, alguns mais importantes que outros. Isso permitirá aos autores hierarquizar os bens de forma a evitar conflitos na prática.

Cabe ressaltar que a saúde é um dos valores presentes na medicina. Ela é, principalmente, um bem desejado pelos pacientes. Por isso, os profissionais da saúde têm um papel importante na busca pelo bem, pois estão comprometidos com aquilo que pode ser algo fundamental para a vida das pessoas. Enquanto prática, porém, a medicina incorpora outros valores, seja enquanto arte de restabelecer a saúde, ou enquanto prática que exige julgamentos em função daquilo que é um bem para o paciente, ou, ainda, na medida em que há um conceito de bem inerente a ela, o qual interage com outros valores exteriores a essa prática.

Em relação ao bem do paciente, Pellegrino e Thomasma afirmam que o bem não é um conceito monolítico, podendo consistir em elementos nem sempre compatíveis (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 74). Basicamente, a idéia de que o bem do paciente é composto por vários elementos pode ser exposta da seguinte forma: existem quatro elementos que compõem a noção de bem, os quais podem ser enumerados conforme sua importância. A hierarquia entre eles permite que, no momento em que há conflito, possa haver um critério, a saber, a importância, que irá determinar qual a ação a ser realizada. Tais bens consistem em:

1) O bem último ou supremo, aquele que representa a finalidade da vida humana segundo a perspectiva do paciente;

2) O bem do paciente enquanto pessoa humana, que significa o bem próprio dos seres humanos, qual seja, sua capacidade de pensar, raciocinar, que os distingue dos animais. A violação desse bem implica a violência contra a própria humanidade;

3) O melhor interesse do paciente, o qual está ligado às considerações sobre qualidade de vida e expressa as preferências do paciente num certo período da sua vida;

4) O bem médico ou biomédico é aquele que se atinge através da tecnologia e intervenções médicas em relação a um estado particular de doença. O critério para se dizer se esse bem será alcançado consiste, estritamente, nos juízos científicos e médicos (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 76-82).

Quando há conflito entre eles, há dois modos de se proceder. Pode-se considerar o seguinte esquema, o qual determina alguns procedimentos: (a) diretivas claras do paciente; (b) discutir os valores do paciente; (c) julgamentos feitos por procurador; (d) resoluções de comitês éticos hospitalares; (e) apelo ao sistema legal. Outro modo de avaliar o peso dos bens consiste num esquema metafísico, o qual respeita a ordem de prioridade acima apresentada: (1) o bem último do paciente; (2) o bem do paciente enquanto pessoa humana; (3) o bem particular e (4) o bem biomédico (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 84-91).

Estabelecidos os bens do paciente, os autores partem para a definição das qualidades que tornam o paciente bom, ou seja, as virtudes necessárias para a relação do paciente com o médico. Antes, porém, é preciso apontar para o modelo de assistência à saúde defendido por Pellegrino e Thomasma. Tal modelo baseia-se na beneficência. A natureza da assistência não é, como no caso de um modelo contratual, um serviço, mas uma busca por um bem. A natureza da relação, por sua vez, consiste na confiança mútua ou relação fiduciária. Finalmente, a obrigação do médico é agir em função do bem do paciente.

As virtudes requeridas do paciente na sua relação com o médico são: veracidade (*truthfulness*), honestidade (*probity*), justiça, tolerância e confiança. O paciente deve ser verdadeiro no que diz respeito às informações dadas ao médico, por exemplo, sobre sua história, sua situação, os valores e obrigações que podem influenciar sua decisão. Além disso, ele deve ser honesto com seu médico no sentido de aquiescer ao tratamento, fazendo sua parte para restabelecer sua saúde. A honestidade é entendida como um consentimento ao tratamento, e, caso ele não esteja trazendo benefícios, uma recusa, ou seja, deve haver um diálogo franco que permita o sucesso do tratamento. O paciente deve ser tolerante e justo na sua relação com o médico, além de confiar na capacidade dele em fazer julgamentos a favor do paciente.

Um bom médico, por sua vez, também deve possuir qualidades que lhe permitam exercer com excelência a prática médica e manter uma boa relação com o paciente. O bom médico, portanto, é definido segundo o fim da própria medicina. Se o propósito desta é restabelecer a saúde da pessoa, o que é um bem para ela, então o médico deve possuir as virtudes necessárias para alcançar tal bem. Cabe ressaltar que as virtudes não são habilidades, tampouco são caracterizadas em função dos seus resultados. A virtude é uma disposição para se fazer o bem, para agir em função do bem do paciente. Um médico virtuoso, portanto, é aquele que está disposto habitualmente a exercer a medicina com o objetivo de alcançar o bem do paciente; isso é o que se espera dele. É nesse sentido que as virtudes são necessárias ao médico; elas possibilitam o exercício correto da medicina, conforme a noção de beneficência. O médico virtuoso é capaz de decidir acerca do melhor tratamento, de fazer as melhores escolhas segundo o bem do paciente. Para Pellegrino e Thomasma, as disposições necessárias ao médico virtuoso são, por exemplo, uma atenção consciente ao conhecimento técnico e às habilidades, compaixão, beneficência e benevolência, honestidade, fidelidade nas promessas e coragem em certos momentos (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 118).

Nem todas as virtudes são necessárias em todas as decisões. Espera-se do médico que ele exiba tais disposições quando forem requeridas e que elas sejam habituais à prática do profissional. Para um bom exercício da medicina deve haver um balanço entre o bem do paciente e as

obrigações do médico. As virtudes são importantes tanto para o paciente quanto para o médico. Elas auxiliam a busca pelo bem, que, no caso da medicina, é restabelecer a saúde. Para o paciente, permitem uma relação apropriada com o médico, e para este, o exercício virtuoso da medicina através de uma prática beneficente. O médico não age segundo intuições do que seja bom. Suas disposições devem concordar com boas razões; por isso, o exercício da medicina está ligado à prática da sabedoria, a qual consiste “num modo correto de agir em circunstâncias difíceis e incertas em função de um fim específico, qual seja, o bem de uma pessoa particular que está doente” (Pellegrino e Thomasma, 1988, p. 122).

Concluindo, Pellegrino e Thomasma defendem que uma teoria baseada na beneficência, segundo a qual o médico deve agir em função do bem do paciente e as virtudes, portanto, é mais apropriada a essa prática do que outras éticas baseadas em regras e princípios.

As virtudes na teoria bioética principialista de Beauchamp e Childress. Em busca de uma complementaridade?

No principialismo defendido pelos autores de *Principles of Biomedical Ethics*, embora se reconheça a primazia dos princípios como guias para a ação moral, as virtudes desempenham um papel importante no contexto da prática biomédica. “Uma *virtude* é um traço de caráter socialmente valioso e uma *virtude moral* é um traço de caráter moralmente valioso” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 27, tradução nossa)¹¹. Dado que os princípios necessitam de discernimento, de responsabilidade e de julgamentos para serem seguidos, muitas vezes, um agente moralmente virtuoso, por ser dotado de qualidades moralmente valiosas, estará mais preparado para atuar corretamente. Contudo, atuar corretamente, mesmo que exija um caráter virtuoso, é algo avaliado a partir do cumprimento dos princípios ou das regras que são derivadas deles. Assim, apesar da importância que têm as virtudes, elas não são o foco central da moralidade, que ainda é determinada pela adesão ou não aos princípios.

Segundo Beauchamp e Childress, o “caráter consiste num conjunto estável de características (virtudes) que afetam o julgamento e a ação de uma pessoa” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 30, tradução nossa)¹². Dessa forma, quando um indivíduo é levado a agir, pode fazê-lo a partir de crenças, motivos ou emoções, as quais compõem seu caráter e determinam suas ações e juízos. Um ato virtuoso pressupõe que o agente moral aja corretamente segundo um motivo apropriado, ou seja, além de realizar uma ação correta, ele deve agir impulsionado pelas suas virtudes, as quais tornam tanto o ato quanto o próprio motivo do ato corretos. Percebe-se aqui a influência do pensamento aristotélico no tratamento das virtudes.

Dentro de contextos particulares, como as instituições hospitalares, por exemplo, as virtudes são tão necessárias quanto as obrigações impostas pelas regras. Os autores reconhecem aquela mesma noção que defendem Pellegrino e Thomasma: de que a prática médica, por estar inserida numa tradição, requer dos profissionais algumas virtudes a fim de que o exercício da medicina se dê de acordo com os próprios objetivos que a ela são conferidos (Beauchamp e Childress, 2001, p. 30). Reconhecem, do mesmo modo, que as virtudes distinguem-se das habilidades. Explicam a diferença entre um modelo de caráter moral e um modelo de profissional a partir do exemplo que retiram do livro *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*, de Charles L. Bosk: um profissional da saúde pode cometer erros de três espécies. Primeiro, pode cometer um erro técnico ao falhar em um certo procedimento. Segundo, pode cometer um erro de julgamento ao avaliar equivocadamente uma determinada estratégia e, finalmente, pode cometer um tipo de erro normativo, o qual consiste em agir conscientemente contra obrigações morais, violando normas de conduta. Os dois primeiros erros podem, eventualmente, acontecer, são “erros honestos”, mas o último constitui-se numa falha de caráter (Beauchamp e Childress, 2001, p. 30).

Apesar das críticas ao modelo principialista, parece haver um esforço dos autores em incorporar as virtudes na teoria que defendem. A ética de virtudes, segundo Beauchamp e Childress, “ajuda-nos a ver por que boas escolhas morais freqüentemente dependem mais do caráter do

que dos princípios, e também permite-nos julgar o caráter moral de uma pessoa de maneira mais rica que a que seria feita por uma ética de princípios e regras” (Beauchamp e Childress, 2001, p. 14, tradução nossa)

¹³. Não há, propriamente, uma recusa do papel das virtudes na teoria; ao contrário, o valor que elas têm é reconhecido, como se pode perceber nessa citação. Além disso, os autores apontam para algumas virtudes que são necessárias na prática médica.

Seria possível criticar o principialismo por atribuir às virtudes somente a tarefa de tornarem a adesão aos princípios mais consistente. As virtudes não têm valor por si mesmas, pois não levam a atitudes corretas, mas têm um valor instrumental, já que o agente que é virtuoso seguirá as regras mais apropriadamente. Entretanto, pode-se argumentar que as virtudes no principialismo não somente reforçam a prática a partir dos princípios, mas, muitas vezes, constituem-se na condição para a aplicação correta deles, dada a variedade de circunstâncias que podem ocorrer e porque os princípios não são capazes de fornecer uma diretriz clara a ser seguida, cabendo ao agente julgar o que deve ser feito. Nesse caso, por exemplo, seria necessária a virtude do discernimento.

Beauchamp e Childress apontam para cinco virtudes que são centrais na prática biomédica, embora haja outras que também são importantes:

1) Compaixão: a virtude da compaixão é um traço de caráter que se caracteriza por permitir uma atitude de consideração e respeito por outra pessoa, uma resposta emocional de simpatia, ternura e inquietação frente ao sofrimento dos outros. Essa virtude pressupõe simpatia, misericórdia e se expressa em atos de beneficência que tentam aliviar o sofrimento alheio. A compaixão é a virtude expressa pelo indivíduo na sua relação com as demais pessoas, diferentemente da integridade, que é uma consideração consigo próprio.

2) Discernimento: a virtude do discernimento traz uma sensibilidade no entendimento, um julgamento apurado e uma compreensão clara para agir. Ela inclui a habilidade para realizar juízos e alcançar decisões sem estar indevidamente influenciado por considerações ou temores pessoais. Essa virtude está associada à *phronesis* ou sabedoria prática, implica saber como e quais princípios ou regras são relevantes em determinadas circunstâncias.

3) Confiabilidade: a confiança é uma crença na competência e no caráter moral de outra pessoa. Ela traz a convicção de que o outro agirá por motivos corretos e de acordo com as normas morais. Nas relações entre médicos e pacientes, a virtude da confiabilidade é, muitas vezes, o componente mais importante, uma vez que é a confiança que nos faz manter certas relações com as pessoas.

4) Integridade: num sentido geral, a integridade moral significa firmeza, confiança, totalidade e integração do caráter moral. Em sentido mais estrito, a integridade moral se expressa através da fidelidade com a qual se adere às normas morais. Essa virtude representa dois aspectos do caráter da pessoa: uma integração coerente das características pessoais (emoções, aspirações) que se complementam e uma atitude de confiança nos próprios valores.

5) Conscienciosidade (*conscientiousness*): uma pessoa age de acordo com essa virtude se é motivada para fazer o que é certo porque é certo, se tenta determinar o que é certo e está disposta a fazer o que é certo. É uma forma de auto-reflexão, de sanção interna que faz com que a pessoa julgue os atos que são obrigatórios ou proibidos, certos ou errados, bons ou maus. É essa integridade que faz a pessoa agir de acordo com os valores próprios e que considera corretos mesmo quando há influência de outros sobre as suas decisões.

A teoria de Beauchamp e Childress, apesar de algumas dificuldades que apresenta, leva em consideração vários aspectos da moralidade. Acusá-los de uma atenção exagerada aos princípios é injusto. Embora haja a primazia destes para orientar a prática moral, eles não são aceitos cegamente nem distanciados do contexto social. Os princípios são especificados, refletidos em cada possibilidade de aplicação. Exigir que eles sejam capazes de fornecer soluções para todos os problemas morais é exigir algo que as virtudes tampouco poderiam fazer.

O princípalismo não é uma teoria que une princípios e virtudes, no sentido de que justifica a moralidade apenas a partir dos primeiros. Entretanto, reserva um espaço às virtudes no contexto da prática médica. Elas, às vezes, são a condição para as ações moralmente corretas. Basear a moralidade somente numa ética de virtudes talvez fosse adotar uma visão muito parcial da moralidade, assim como seria igualmente parcial se o princípalismo não reconhecesse a importância das virtudes.

Apesar das críticas que são dirigidas à teoria de Beauchamp e Childress, ela ainda conserva seu valor e não há como negar que atualmente ela se constitua na teoria de maior aceitação na ética biomédica. O fato de a teoria ser pluralista e poder ter um movimento que lhe permite incluir novos princípios contribui para que ela seja flexível frente aos avanços da ciência e às conseqüentes implicações éticas da utilização da tecnologia, podendo se adaptar às mudanças e permanecer coerente. É preciso lembrar que o princípalismo surgiu como uma teoria da bioética voltada especialmente para a ética biomédica. Mas o alcance dos princípios fez do princípalismo uma tentativa, de certa forma, bem-sucedida. Ao estendê-la a outras áreas da bioética, contudo, deve-se ter atenção quanto às possibilidades de aplicação dos princípios, que, como já foi dito, talvez necessitem ser complementados. Ainda assim, parece que não há outra teoria capaz de formular guias de ação claros e suficientes para as práticas médicas e para se pensar dilemas morais da bioética como o é o princípalismo, e esse é o maior mérito que deve ser reconhecido.

Submetido

em:

05/05/2005

Aceito em: 10/05/2005

NOTAS

¹ Aluna da Pós-Graduação em Filosofia na Universidade Federal de Santa Catarina, bolsista da CAPES. Este trabalho foi realizado com o apoio do Programa de Iniciação Científica – PIBIC-CNPq-UFSC, durante o período de 2002/2003, sob a orientação do professor Dr. Darlei Dall'Agnol.

² “Mankind is urgently in need of new wisdom that will provide the ‘knowledge of how to use knowledge’ for man’s survival and for improvement in the quality of life. This concept of wisdom as a guide for action – the knowledge of how to use knowledge for the social good – might be called *Science of Survival*, surely the prerequisite to improvement in the quality of life. I take the position that the science of survival must be built on the science of biology and enlarged beyond the traditional boundaries to include the most essential elements of the social sciences and the humanities with emphasis on philosophy in the strict sense, meaning ‘love of wisdom’. A science of survival must be more than science alone, and I therefore propose the term *Bioethics* in order to emphasize the two most important ingredients in achieving the new wisdom that is so desperately needed: biological knowledge and human values.”

³ “An *instinct* for survival is not enough. We must develop the science of survival, and it must start with a new kind of ethics – bioethics”.

⁴ “[...] because two or more norms conflict in the circumstances”.

⁵ “[...] Autonomous actions should not be subjected to controlling constraints by others”.

⁶ “1. Tell the truth, 2. Respect the privacy of others, 3. Protect confidential information, 4. Obtain consent for interventions with patients [...].”

⁷ “[...] fair, equitable, and appropriate distribution determined by justified norms that structure the terms of social cooperation”.

⁸ “Distributive justice refers broadly to the distribution of all rights and responsibilities in society, including, for example, civil and political rights.”

⁹ “Often, what counts most in the moral life is not consistent adherence to principles and rules, but reliable character, good moral sense, and emotional responsiveness.”

¹⁰ “Our feelings and concerns for others lead us to actions that cannot be reduced to instances of rule-following [...]”

¹¹ “A *virtue* is a trait of character that is socially valuable, and a *moral virtue* is a morally valuable trait of character.”

¹² “Character consists of a set of stable traits (virtues) that affect a person’s judgment and action.”

¹³ “[...] an ethics of virtue helps us see why good moral choices often depend more on character than principles, and it also allows us to assess a person’s moral character in a richer way than does an ethics of principles and rules.”

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T.L. e CHILDRESS, J.F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford, Oxford University Press.

BOSK, C.L. 1979. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, University Press.

CARVALHO, M.C. de. 2001. A bioética principialista: um primeiro olhar. *Phrónesis*, 3(2):115-141.

ENGELHARDT, T. 1998. *Fundamentos da bioética*. São Paulo, Loyola.

FRANKENA, W. 1980. *Ética*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

PELLEGRINO, E. e THOMASMA, D. 1988. *For the Patient’s Good*. New York, Oxford University Press.

POTTER, V. R. 1971. *Bridge to the Future*. New Jersey, Prentice-Hall/Englewood Cliffs.

RAWLS, J. 2002. *Uma teoria da justiça*. São Paulo, Martins Fontes.

RELATÓRIO BELMONT. 2005. In: D. DALL’AGNOL, *Bioética*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, p. 48-55.

ROSS, W. 1930. *The Right and The Good*. Indianapolis, Hackett.