Da Moral Paternalista ao Modelo de Respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino da Ética Médica

From Paternalistic Morals to a Model of Respect for Patient's Autonomy: the Challenges of Teaching Medical Ethics

José Luiz Telles de Almeida*

DESCRITORES

- Ética médica-educação
- Participação do paciente

RESUMO

Ao longo da história da ética médica, desde Hipócrates, os princípios absolutos de beneficência e de não-maleficência ordenaram as bases da prática médica e justificaram a postura paternalista do médico frente ao paciente.

O objetivo do presente ensaio é o de discutir, sob o ponto de vista da justificativa ética, a moralidade do ato médico paternalista frente ao crescente movimento de autodeterminação do paciente que se apóia no princípio bioético prima facie *de respeito à autonomia.*

Buscamos chamar a atenção para o fato deste movimento de autodeterminação encontrar, cada vez mais, espaço nas reivindicações das associações de doentes crônicos existentes em nosso país. Acreditamos que as instituições de serviços de saúde e de ensino médico deveriam buscar junto a estas associações parcerias para incrementar o debate contemporâneo sobre as transformações pelas quais a ética médica tradicional vem passando.

KEYWORDS

- Medical ethics-education
- Patient participation

ABSTRACT

Throughout the history of medical ethics, since Hippocrates, the absolute principles of beneficence and non-maleficence have led the basis of medical practice and justified physicians' paternalistic stance towards patients.

The aim of this paper is to discuss, from the point of view of ethical justification, the morality of the paternalistic medical act vis-à-vis the growing movement for patient's self-determination, supported by the prima facie *bioethical principle of respect for autonomy.*

This movement for self-determination has found increasing space in demands by associations of persons with chronic diseases in Brazil. We believe that medical services and teaching institutions should seek partnerships with such associations in order to enhance the contemporary debate on changes in traditional medical ethics.

*Médico, bioeticista, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Doutor em Ciências da Saúde pela Ensp/Fiocruz.

INTRODUÇÃO

Gostaria, antes de iniciar esta exposição, de estabelecer uma distinção entre moral e ética. Para algumas utilizações não especializadas, ambos os termos se eqüivalem, mesmo porque moral e ética têm raízes etimológicas comuns. No entanto, para a discussão proposta nesta mesa-redonda vale a pena distinguir estes dois termos, já que estamos em um debate entre especialistas da área.

Neste sentido, o uso do termo moral que farei nesta apresentação ficará restrito aos sistemas que ordenam os deveres, as obrigações e os princípios de conduta. O termo ética, por sua vez, se refere ao estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade. Isto é, diz respeito ao estudo de segunda ordem dos conceitos afeitos à justificativa moral de uma determinada ação[2].

Isto posto, o tema central de minha apresentação é a análise ética da moralidade do ato médico paternalista frente ao crescente movimento de autodeterminação do paciente, consolidado no princípio bioético de respeito à autonomia. Para nós este princípio seria o que mais vem colocando desafios aos preceitos éticos da tradição hipocrática e tentarei explicitar o por quê desta afirmação.

No contexto do projeto da modernidade de emancipação do indivíduo e da sociedade das leis heterônomas, sejam estas entendidas como leis naturais, sobrenaturais ou decorrentes de qualquer outro princípio de autoridade válido *a priori*, a autonomia do indivíduo representa um ponto de partida. Para Schramm[3], o princípio de respeito à autonomia pertenceria "ao patrimônio moral da humanidade, quer se queira ou não".

A ênfase crescente no princípio de respeito à autonomia na moderna ética aplicada tem intensificado o debate sobre a devida conceituação do termo e, sobre as bases de justificação moral que determinam o dever, *prima facie*, de respeitar as decisões autônomas.

O termo "autonomia" tem sido utilizado com inúmeros significados técnicos em diferentes escolas éticas. Apesar de permitir diferentes interpretações sobre o conceito de autonomia, na filosofia moral contemporânea todas as teorias concordam que duas condições seriam necessárias para o seu exercício. Em primeiro lugar, a condição de **liberdade**, entendida como uma relação de independência a qualquer tipo de controle. Em segundo lugar, a capacidade do indivíduo **agir intencionalmente**[4].

Não se deve, entretanto, entender a primeira condição - a liberdade - como uma autodeterminação absoluta, mas sim, como um problema sempre aberto. Isto é, o problema de se determinar a medida, a condição ou a moralidade da escolha que a possa garantir[5].

Mas uma escolha só seria autônoma se estivesse completamente livre de constrangimentos?. Para alguns autores[6,7,8,9] uma ação verdadeiramente autônoma seria incompatível com influências advindas da Igreja, do Estado ou de outras comunidades morais.

Nos casos extremos de lavagem cerebral, ou de outros mecanismos de coação (psicológica ou física), as escolhas de um indivíduo não podem ser consideradas autônomas.

No entanto, nenhum indivíduo, em princípio, está inteiramente livre de influências externas (a família ou a comunidade moral a qual pertence). O próprio contexto do adoecer traz limites ao exercício pleno da vontade autônoma. Nem por isso os indivíduos deixam de ser autônomos pois "podem exercitar sua autonomia ao escolher aceitar e se submeter a demandas autoritárias de uma instituição, de uma determinada tradição ou comunidade que eles entendam como legítima fonte de orientação"[10].

No contexto da relação médico-paciente surgem conflitos importantes quando se relaciona o conceito de respeito à autonomia do paciente à prática do paternalismo médico, baseada no princípio de beneficência.

Mas por que deveríamos ter especial respeito pelas escolhas autônomas das pessoas? Existiriam três razões para assumirmos este respeito:

A primeira sustenta ser a autonomia a base para uma posição moral e, por conseguinte, a necessária condição para a atribuição de direitos individuais.

A segunda linha, a de John Stuart Mill (filósofo e economista, considerado o pensador liberal mais influente do século XIX), dá valor a autonomia porque uma pessoa autônoma é produtora de sua própria vida, isto é, pode criar situações boas para si.

E a terceira maneira de justificar a autonomia parte da premissa de possuir cada indivíduo seu próprio caminho na vida e seus próprios princípios morais. Assim, o indivíduo, ou uma comunidade moral, não teria o direito de impor suas crenças a outros sem a devida permissão. E igualmente não teria o direito de limitar as expressões de vida das pessoas, desde que as pessoas não venham interferir negativamente sobre a sua vida[11].

Estas justificações partem de pontos de vista distintos. Mas compartilham a visão de que o princípio de respeito à autonomia significa, no mínimo, reconhecer o direito do indivíduo de ter sua própria maneira de compreender o mundo, de fazer escolhas, de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais. Além disso, como o ressaltam Tom Beauchamp e James Childress (dois autores que são referência na bioética), o princípio de respeito à autonomia requer mais que a obrigação de não-intervenção em assuntos pessoais, pois inclui a obrigação de manter a capacidade de escolha autônoma em pessoas que estejam com receios e outras condições que debilitem ou interrompam sua capacidade de agir autonomamente[12].

Para isso, o esclarecimento do paciente e o efetivo relacionamento de mútua confiança são fundamentais.

No entanto, um dos obstáculos principais à incorporação do princípio de respeito à autonomia do paciente na prática médica é a tradição médico-paternalista, baseada no princípio de beneficência. É o que analisaremos a seguir.

AUTONOMIA X HETERONOMIA: O PATERNALISMO MÉDICO EM QUESTÃO

O termo paternalismo é oriundo da palavra latina *pater* (pai) e se refere ao modelo da família patriarcal, isto é, a família onde o pai exerce o poder de fazer todas as escolhas, em especial quando se trata dos filhos.

No âmbito legal, o paternalismo tem sido definido como uma coerção do Estado, através de leis que interferem nas liberdades de ação dos indivíduos. Essas leis podem ser justificadas pelos argumentos do bem-estar, da felicidade, das necessidades ou dos valores das pessoas.

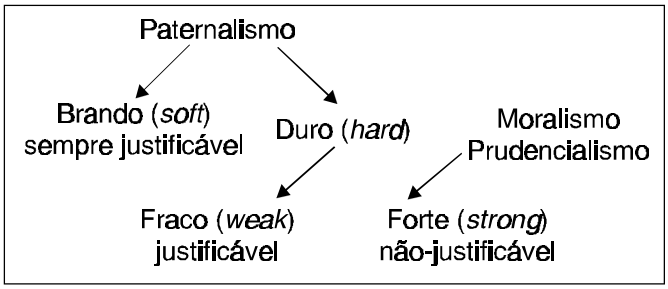
O paternalismo médico, por sua vez, pode ser definido como a conduta que tem por intenção beneficiar o paciente sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não causar ao paciente sofrimento psicológico. O paternalismo pode, ainda, envolver o uso da força ou da coerção[13].

Ao longo da história da ética médica, os princípios de não-maleficência e de beneficência ordenaram as bases para a relação paternalista do médico com o paciente. A moralidade do paternalismo médico começou a ser discutida com a crescente valorização da autodeterminação do indivíduo. E ainda hoje constitui uma questão em aberto na ética aplicada.

A autonomia do indivíduo pode ter duas linhas distintas de análise filosófica. A primeira entenderia a autonomia como um valor em si; nessa perspectiva, todas as formas de controle complacente seriam imorais e, portanto, qualquer definição de paternalismo deveria fazer referência à coerção, ao constrangimento e à violação da autonomia do indivíduo.

Uma segunda linha de pensamento busca classificar o paternalismo segundo o grau de restrição à autonomia da pessoa (quadro 1).

QUADRO 1. A VISÃO LIBERAL DO PATERNALISMO[14]



Fonte: Häyry, 1998:254

O primeiro tipo de controle complacente sobre os interesses das pessoas, segundo a visão liberal, é denominado de paternalismo brando ou suave (*soft paternalism*). O paternalismo brando consiste em uma ação que não viola, necessariamente, a autonomia da pessoa. Um exemplo é a vacinação obrigatória em crianças, onde os pais não teriam o direito de se recusarem a vacinar os seus filhos, pois levariam a correr risco a saúde das próprias crianças e de outras pessoas vulneráveis; o recurso à vacinação compulsória também é utilizado durante surto ou epidemia.

O segundo tipo de paternalismo, o paternalismo duro (*hard paternalism*), viola o princípio de autodeterminação das pessoas. Existiriam duas formas de paternalismo duro: o fraco (*weak*) e o forte (*strong*).

O paternalismo fraco consiste no controle das decisões de uma pessoa e pode ser justificado, moralmente, em quatro situações, qual sejam:

I quando envolve categorias especiais de pessoas, como crianças, doentes mentais severos, senis e pessoas com distúrbios mentais moderados; nesses casos existiria ou uma ausência, ou uma diminuição da capacidade autônoma da pessoa;

II em situações onde existe falta de conhecimento ou de informações necessário a uma decisão autônoma. Por exemplo, uma pessoa pode ser impedida de tomar um determinado medicamento por desconhecer seus possíveis efeitos colaterais; a falta de conhecimento ou de informação pode, também, ser uma conseqüência de ação que visa enganar a pessoa, um ato de negligência ou por simples acidente;

III em contextos de profunda comoção emocional, quando as pessoas podem perder a sua capacidade racional de julgar os acontecimentos à sua volta; e

IV. quando existe exagerada influência externa sobre a pessoa que vai tomar uma decisão; nesse caso, pode haver uma situação clara de coerção ou influências religiosas, econômicas ou de tradições culturais[13].

O ponto central de justificativa do paternalismo fraco é que determinado grupo de pessoas ainda não tem a autonomia completamente desenvolvida (ou nunca a terão) ou perderam sua capacidade, temporária ou permanentemente, de tomarem decisões autônomas.

A outra forma de paternalismo duro é o forte (*strong*); esse paternalismo não encontra justificativa moral na visão liberal*

**Häyry (op.cit) destaca três tipos de justificação para o paternalismo forte: a) O primeiro esforço para justificar o paternalismo forte faz apelo para a utilidade do controle benevolente; segundo essa visão, as intervenções se justificam toda vez que existirem boas razões para se crer que darão bem-estar a pessoa ou o bem-estar universal de humanidade será a conseqüência da ação de constrangimento ou de cerceamento. b) O segundo esforço para justificar o paternalismo forte refere-se à visão da moralidade como valor em si mesmo. Por exemplo, se existe algum tipo de ritual religioso ou de prática sexual que toda pessoa decente pensa ou sente ser errado então estas práticas devem ser proibidas; c) Todas as pessoas, em algum nível, são irracionais e é prudente que a coletividade se encarregar de não permitir que ações irracionais sejam tomadas.*

Nas relações entre médicos e pacientes, muitas vezes, os limites entre essas diferentes formas de paternalismo não são totalmente claros. Dessa maneira, o problema do paternalismo médico é "o problema de se colocar, de forma justa, a devida especificação e o equilíbrio entre a beneficência do médico e a autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, [desta maneira] as intervenções paternalistas requerem das pessoas um bom julgamento, e pessoas com princípios bem assentados e aptas para confrontar os eventuais conflitos"[3].

O modelo de decisão médica baseado no princípio de respeito à autonomia pode ser considerado ideal, pois é uma raridade o paciente estar completamente livre de influências externas. A questão central, a nosso ver, é que a escolha autônoma do paciente deveria ser o guia da conduta moral no processo de decisão médica. Desse modo, caberia ao médico o papel de "geógrafo de valores"[16], utilizando-se de uma expressão cunhada por Engelhardt Jr. Isto é, caberia aos médicos entenderem que quanto mais são capazes de mostrar aos seus pacientes as conseqüências de suas decisões, e as razões a favor e contra outras possíveis decisões, mais os pacientes serão capazes de escolher racionalmente e de assumir as responsabilidades de sua escolha, junta com seus médicos.

Neste processo de esclarecimento e de decisão baseado no princípio de respeito à autonomia gostaria de ressaltar, particularmente, o papel desempenhado pelas associações de doentes crônicos. Isto porque nos parece que o próprio movimento médico, seja nos serviços de assistência seja na área da formação universitária, não vem prestando a devida atenção para estas associações.

As associações de doentes crônicos (por exemplo, a Associação de Diabetes, o Movimento de Reintegração das Pessoas Portadores de Hanseníase, as diversas associações de pessoas positivas para o HIV, entre tantos outros) têm buscado espaço junto a determinados serviços para que o paciente, em ambulatório ou internado, possa receber informações adequadas sobre sua doença. Muitas vezes, e é preciso assumirmos isto, nós médicos evitamos contato com estas associações pois elas, em nosso imaginário, atrapalhariam o bom andamento do serviço. Será? De fato deve incomodar algumas críticas quanto à assistência prestada nos ambulatórios e hospitais aos nossos doentes. No entanto, o movimento deveria ser o de encarar estas organizações como parceiras na busca da melhoria das relações entre equipe de saúde e pacientes.

Este papel relevante das associações de doentes crônicos, insisto, não tem tido a devida atenção. Tanto é assim, por mais que falemos na humanização do ato médico, não estamos acostumados a incorporar as falas dos pacientes em encontros como este que, justamente, tem por tema a questão da moralidade médica.

É desta maneira que gostaria de terminar esta apresentação, chamando a atenção que devemos ter como uma de nossas metas neste valioso movimento de humanização da medicina, um olhar mais cuidadoso com o movimento das associações de doentes crônicos. Afinal, temos, em princípio, o mesmo objetivo compartilhado, qual seja, a melhoria da assistência à saúde de nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blackburn S. Dicionário Oxford de Filosofia. Consultoria da Edição Brasileira, Danilo Marcondes; Tradução, Desidério Murcho *et al.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
2. Schramm FR.. A Autonomia Difícil. Ver. Bioética 1998b; 6 (1): 27-37.
3. Beauchamp TL, childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 1994.
4. Cohen C, Marcolino JAM.Relação Médico Paciente: Autonomia e Paternalismo. In: Segre M, Cohen C, Bioética. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995. P. 51-62.
5. Wolff RP. In Defense of Anarchism. New York: Harper and Row, 1970.
6. Kuflik A. The Inability of Autonomy. Ver. *Philosophy and Public Affairs,* 1985; 14: 3-29.
7. Raz J. Authority and Justification. Ver. *Philosophy and Public Affairs,* 1985; 14: 3-29.
8. Mcmahon C. Autonomy and Authority.Ver. *Philosophy and Public Affairs,* 1987; 16: 303-328.
9. Beauchamp TL, Childress JF. 1994; op. cit. p.124.
10. Holm S. Autonomy. In: Chadwick RF. (ed.) *Encyclopedia of Applied Ethics,* vol.1 London: Academic Press, 1998.pp. 267-274.
11. Beauchamp T L. and Childress JF. 1994. op. cit
12. Do latim *coertione* que quer dizer "1. Ato de coagir; coação. 2. Repressão, coibição." (Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
13. Häyry H. Paternalism. In: Chadwick RF. (ed.) Encyclopedia of Applied Ethics, vol.1 London: Academic Press, 1998. pp. 449-457 Ambroselli C. h'étique médicale.Paris: Presses Universitaires de France, 1994. P. 62-90.
14. Engelhardt Jr. H. Fundamentos da Bioética. Tradução de José A. Ceschin. São Paulo: Loyola, 1998.