

Bioética – Aspectos de Interesse do Anestesiologista *

Bioethics – Issues Regarding the Anesthesiologist

Artur Udelsmann, TSA¹

RESUMO

Udelsmann A – Bioética – Aspectos de Interesse do Anestesiologista

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A evolução da Medicina exige dos profissionais da saúde a realização de uma série de reflexões de cunho ético, diante de situações enfrentadas diariamente, de maneira a não transgredir regras morais, éticas e legais. O objetivo deste artigo foi abordar os princípios da bioética que devem ser observados durante o exercício da Anestesiologia.

CONTEÚDO: Após a introdução histórica e a definição de bioética como uma ciência de cunho filosófico, são demonstradas as interfaces desta com o Direito. Os princípios da beneficência, da não-maleficência, do respeito à autonomia e da justiça são apresentados como pontos essenciais da prática da Anestesiologia e cujo objetivo é, primordialmente, a preservação da dignidade do ser humano. A observação desses princípios protege o paciente de resultados inesperados, indesejáveis e também o anestesiologista de implicações na esfera ética ou jurídica em face de complicações fortuitas.

CONCLUSÕES: A bioética tornou-se inseparável no âmbito das discussões da saúde; para o progresso da Anestesiologia e da pesquisa tomam-se necessários os conhecimentos dessa área na prática da especialidade. Embora de cunho filosófico, de certa maneira um pouco longe da especialidade que prima pela atenção aguda ao paciente, os anestesiologistas têm todo interesse em conhecer essa nova ciência que cada dia mais, certamente, influenciará a prática da especialidade, de maneira a proteger seus pacientes e evitar mais transtornos na prática de uma especialidade já bastante difícil no país.

Unitermos: ANESTESIOLOGIA, Bioética

SUMMARY

Udelsmann A – Bioethics – Issues Regarding the Anesthesiologist

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Medical evolution requires from health professionals the exercise of ethical reflections faced to daily situations, to avoid transgressing moral, ethical and legal rules. This article aimed at addressing bioethics principles to be observed during the Anesthesiology practice.

CONTENTS: After bioethics historical introduction and definition as a philosophic science, its interface with Law is demonstrated. Beneficence, non-maleficence, respect to autonomy and justice principles are presented as critical points for the anesthetic practice, the primary objective of which is to preserve human dignity. The adherence to these principles protects patients against unexpected and undesirable results, in addition to protecting the anesthesiologist against ethical or legal implications after fortuitous complications.

CONCLUSIONS: Bioethics is integral part of health discussions; the progress of Anesthesiology and research requires the understanding of this subject to adequately practice the specialty. Although being philosophical, and to a certain extent apart from a specialty focused on acute attention to patients, anesthesiologists are willing to understand this new science, which will increasingly influence the practice of the specialty, in order to protect patients and avoid further inconveniences in the rather difficult practice of this specialty in our country.

Key Words: ANESTHESIOLOGY, Bioethic.

HISTÓRICO

A evolução da Medicina no século passado fez surgir de **A**safios sociais que exigiam soluções. Alguns fatos nesse período tiveram grande impacto histórico, impondo a necessidade de discussões de cunho ético: na última grande guerra os cientistas realizaram experiências atrozes com prisioneiros que ultrapassaram todas as expectativas de degradação¹, motivando a edição do Código de Nuremberg que estabeleceu, pela primeira vez, regras que deviam ser observadas por ocasião de pesquisas em seres humanos. Mas ao julgar-se que tais atrocidades foram exclusivas dos regimes totalitários no passado, cometeu-se um enorme erro: o *Tuskegee Syphilis Study*, realizado entre 1932 e 1972 pelo U.S. Public Health Service com negros norte-americanos sífilíticos, com o objetivo de estudar a evolução natural da sífilis não-tratada, deixou pacientes sem penicilina muitos anos após a descoberta desse antibiótico. Entre 1956 e 1970, pais de crianças deficientes da *Willowbrook State School* foram coagidos a aceitar a injeção de cepas de vírus da hepatite em seus filhos para estudar uma nova forma de

*Recebido (**Received from**) do Departamento de Anestesiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM-UNICAMP), Campinas, SP.

1. Médico, Advogado e Professor – Doutor do Departamento de Anestesiologia da FCM-UNICAMP.

Apresentado (**Submitted**) em 30 de agosto de 2005

Aceito (**Accepted**) para publicação em 6 de fevereiro de 2006

Endereço para correspondência (**Correspondence to**)

Dr. Artur Udelsmann

Av. Prof. Atílio Martini, 213

13083-830 Campinas, SP

E-mail: artur@fcm.unicamp.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2006

profilaxia eficaz ². Em 1964, estudo realizado no *Jewish Chronic Disease Hospital*, células tumorais de terceiros foram injetadas em idosos, sem prévio consentimento, para avaliar sua evolução fora do organismo que as havia gerado ³. Em todos estes últimos casos, a atitude da imprensa foi fundamental para a divulgação de tais práticas, permitindo, através de pressão da sociedade, o nascimento de um novo campo de estudos conhecido como bioética. O termo bioética é um neologismo empregado pela primeira vez no início dos anos 1970 pelo biólogo Van Rensseler Potter da Universidade de Wisconsin; esse autor preocupou-se com o desenvolvimento desenfreado da ciência e da preservação do equilíbrio humano com o ecossistema e suas repercussões possíveis com a vida humana ². Ele publicou a obra que referenciou historicamente a área, denominada *Bioethics: a Bridge to the Future*. O obstetra holandês André Hellegers, da Universidade Norte-Americana de Georgetown, foi o responsável pela transposição do termo para a Medicina e sua divulgação também a partir dos anos 1970. Em 1978/79 foi elaborado, nos Estados Unidos, outro marco histórico da bioética: o “relatório Belmont” ⁴ da Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica; essa obra, que enfatizava somente as questões éticas da experiência com humanos, deixando de lado os problemas da prática clínica assistencial, pontuou três princípios a serem observados em pesquisas: o princípio do respeito às pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. Enfim, ainda em 1979, surgiu a obra que até agora mais deflagrou discussões bioéticas em Medicina: *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James F. Childress ⁵. Nesta, os autores relacionaram quatro princípios que deram origem à corrente bioética designada por “princípioalismo”. Dois desses princípios têm um caráter deontológico, visam aos deveres: o princípio da não-maleficência e o princípio da justiça; os outros dois têm um cunho teleológico, visam aos resultados: o princípio da beneficência e o princípio do respeito à autonomia. Esta obra foi realmente a primeira a preocupar-se com a aplicação de princípios éticos a problemas da prática médica assistencial, como é o caso da atividade da grande maioria dos anesthesiologistas. No Brasil, a bioética só chegou nos anos 1990. Em 1993, foi lançada a revista *Bioética* pelo Conselho Federal de Medicina (CFM); em 1995, foi fundada a Sociedade Brasileira de Bioética com o objetivo de formar profissionais e discutir as políticas de saúde em nosso país. Em 1996, o Conselho Nacional de Saúde fixou a resolução 196/96 normatizando pesquisas em seres humanos e, desde então, inúmeras publicações têm sido lançadas divulgando o assunto, dentre elas, uma das de maior destaque foi o livro *Iniciação à Bioética* ⁶, também editado pelo CFM.

DEFINIÇÃO

Definir ciências com cunho filosófico é uma árdua tarefa e dificilmente conseguir-se-á unanimidade; mesmo entre os

profissionais da área não há um conceito único para definir “ética”. Os anesthesiologistas são profissionais que exercem sua especialidade em um “processo agudo”, com intervalo de segurança muito pequeno, o que não lhes permite muitas divagações filosóficas. Contudo, deveriam começar a se preocupar cada vez mais com a ética se pretendem sobreviver no mercado de trabalho e ter êxito nas inúmeras cobranças às quais são todos os médicos submetidos hoje em dia. A ética é um dos mecanismos de regulação das relações sociais dos indivíduos que tem como objetivo garantir a coesão social e harmonizar os interesses individuais e coletivos ⁷. O termo bioética é um neologismo derivado do grego *bios* (vida) e *ethike* (ética) e pode ser definido como o “estudo sistemático das dimensões morais, incluindo visão, decisão, conduta e normas, das ciências da vida e dos cuidados da saúde” ⁸. Reich, em sua obra *Encyclopedia of Bioethics* ⁹, também a definiu como o “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo a visão moral, as decisões, as condutas e as linhas que as guiam – das ciências da vida e da saúde, com o emprego de uma variedade de métodos e uma impostação interdisciplinar”. Ou ainda, bioética é “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”. A ética diz respeito à moral, é a ciência do que moralmente “deveria ser” a não a “do que é”, ou ainda, é a procura e o estabelecimento das razões que justifiquem o que “deveria ser feito” e não “do que pode ser feito”. A ciência trata da realidade como ela é, e a moral da realidade como ela deveria ser. A bioética estabelece regras morais interdisciplinares que deveriam ser respeitadas para que seja o melhor possível o convívio social como descreveu Jean-Jacques Rousseau em sua conhecida obra *Du contrat social* ¹⁰. Nela, em sábias palavras, o autor afirma que para que se possa viver em sociedade, cada indivíduo deveria sacrificar uma parcela de sua liberdade individual em prol do bem comum, submeter o seu interesse particular ao interesse geral através de um juízo de valor. E o que diferencia o universo do ser humano do mundo natural é exatamente a capacidade de realizar juízos de valor, e a ética é o domínio dos juízos de valor. A bioética faz parte de um universo muito maior, a da própria ética que comporta as regras morais de inúmeras áreas, como a ética dos negócios, a ambiental, econômica, etc. Ela engloba ainda, no entanto, a conhecida e conservadora Ética Médica, mais envolvida com a relação médico-paciente e médico-médico, sem apresentar propostas de soluções para inúmeros outros problemas emergentes no campo das ciências da vida. O Código de Ética Médica (CEM) indica como devem se comportar os seus membros e o que eles não podem fazer; é a clássica deontologia profissional que em seus 145 artigos tem 112 iniciados com “é vedado ao médico” ¹¹. A bioética tem também uma relação muito estreita com o Direito e algumas seculares regras morais acabaram nele se incorporando.

BIOÉTICA E DIREITO

Os cuidados à saúde são regidos não só por normas éticas, mas também por normas jurídicas e estas se entrelaçam muitas vezes, embora o campo de ação da bioética seja muito mais amplo. O comportamento ético do indivíduo exige sua adesão e convicção pessoal de forma livre, já as normas jurídicas não exigem esse convencimento, ao contrário, são elas cogentes, ou seja, impostas pela sociedade a todos os indivíduos, independentemente de seu acordo prévio individual. Normas jurídicas, quando desrespeitadas, têm como consequência sanções legais, já as normas éticas não têm obrigatoriamente sanções previstas nos casos de transgressão. O Código de Processo Ético-Profissional dos Médicos, que regula a apuração e aplicação de penas por eventuais infrações das normas do CEM, configura uma exceção a essa regra, pois em seu art. 40 prevê que “as penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais são as previstas em lei”. Ou seja, transgressões às regras éticas médicas são punidas por meio de penas previstas no art. 22 da Lei Federal nº 3268/1957, e isso dá às normas do CEM um caráter coercitivo, independente de adesão ou convicção prévia do médico ¹². Bioética e Direito, juntos, têm um sentido mais humanista, pois se vinculam à noção de justiça com o ser humano em todos os atos de saúde. Todo e qualquer ato visando os cuidados ou avanços tecnológicos que não respeite a dignidade humana deverá ser repudiado por contrariar exigências ético-jurídicas de justiça e direitos humanos. A prática de determinadas formas de pesquisas em saúde deve ser evitada, se comportar riscos potenciais e imprevisíveis à vida ou à saúde. Os profissionais da Saúde e do Direito são responsáveis por fazer do avanço tecnológico algo de bom e proveitoso para o ser humano, de maneira a conduzir a defesa dos direitos humanos com o objetivo de justiça ¹³.

PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

Várias são as correntes filosóficas de fundamentos da bioética, porém o modelo de análise comumente utilizado na maioria dos países é o “principlista” de Beauchamp e Childress, que enumeraram seus quatro princípios já descritos. O princípio da beneficência refere-se à necessidade/obrigação de maximizar o benefício ao paciente diminuindo o risco de eventual prejuízo; o médico deve ter formação científica e experiência profissional que lhe convençam e garantam que o ato a ser por ele praticado será benéfico para o paciente ¹⁴. O princípio da beneficência não diz exatamente como distribuir o bem e o mal, só impõe promover o primeiro evitando o segundo. Havendo exigências conflitantes do ponto de vista ético, deve-se dar mais ênfase ao bem em detrimento do mal. No âmbito da saúde, sobretudo no contexto da Anestesiologia, a beneficência é operacionalizada no sentido de agir no interesse do paciente e de sua saúde, promovendo a saúde e prevenção de complicações

anestésicas. Mas o princípio da beneficência não é absoluto, e seus limites encontram-se no direito autônomo dos indivíduos em decidir o que entendem por seu bem, o que lhes convém ¹⁵. O princípio da beneficência exige sempre uma ação, seja para promover o bem, ou ainda, para prevenir e eliminar danos, e dele decorre um procedimento corriqueiro aos anestesiológicos: a avaliação do risco/benefício de cada um de seus atos.

PRINCÍPIO DA NÃO-MALEFICÊNCIA

O princípio da não-maleficência, ao contrário, exige uma abstenção, que sejam evitados atos nocivos ao paciente. Ele está universalmente consagrado pelo aforismo hipocrático *primum non nocere*, cuja finalidade é a intenção de não infligir qualquer tipo de dano ¹⁶, físico ou moral, ao paciente. Sua base filosófica é muito mais abrangente que a do princípio da beneficência, pois não causar dano é uma noção comum a todas as pessoas e é devida a todos os indivíduos indiscriminadamente; já beneficência só deve ser exercida àqueles realmente necessitados num universo muito mais restrito ¹⁷. Nem sempre o princípio da não-maleficência é compreendido de forma correta, pois a prática da Medicina pode levar, inicialmente, a danos com o objetivo de obter um benefício ulterior maior ¹⁸; se assim não fosse, médicos evitariam agir sempre que houvesse um importante risco em sua intervenção. O princípio da não-maleficência é muito arraigado à prática da Medicina e está contido até mesmo no juramento de Hipócrates: “*Aplicarei o regime para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão e nunca para prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja. A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição. Na casa onde eu for, entrarei apenas para o bem do doente, abstendo-me de qualquer mal voluntário...*”

PRINCÍPIO DO RESPEITO À AUTONOMIA E O CONSENTIMENTO INFORMADO

No início do século XXI, o princípio do respeito à autonomia é o que agrega a maior atenção no exercício da Medicina moderna. Autonomia quer dizer autodeterminação, a capacidade e o direito que o indivíduo tem para decidir e escolher o que lhe convém, o que julga ser melhor para si mesmo, para decidir seu destino segundo suas concepções e sem influências, não tendo que obedecer ou aceitar, obrigatoriamente, concepções de terceiros, no caso, dos médicos. Entretanto, em razão do baixo nível sócio-cultural da nossa população, este princípio tem causado as maiores celeumas no exercício do dia-a-dia da Medicina, sobretudo em função do arraigado paternalismo existente na classe médica. Mas é também o responsável pela introdução, e a tão discutida noção da obrigatoriedade e interesse entre os médicos, da obtenção do “consentimento livre e esclarecido” do paciente para a realização de atos médicos, entre eles a anestesia. A autonomia do paciente em esco-

lher o que entende ser o melhor para si, após as necessárias explicações do médico, já extrapolou a moral, tendo sido incorporada ao próprio Direito; o Supremo Tribunal Federal, órgão máximo do Poder Judiciário do país, já consagrou jurisprudência a respeito ao declarar: “*O instinto de autopreservação faz de toda pessoa humana, por rudimentar que seja seu conhecimento básico, o mais seguro juiz das conveniências de sua própria saúde*”¹⁹. A noção de autonomia esbarra frontalmente com a concepção hipocrática da Medicina de “fazer o bem e cuidar do paciente” com base no saber e na razão do profissional de saúde unicamente, sem considerar o desejo do paciente. A conquista do respeito à autonomia é um fenômeno bastante recente que vem, pouco a pouco, tomando preponderância com relação ao princípio da beneficência²⁰. Em países mais evoluídos se paciente Testemunha de Jeová recusa transfusão sanguínea, esta não será realizada em hipótese alguma em respeito ao seu direito à autonomia. O marco histórico do princípio do respeito à autonomia foi a Carta dos Direitos dos Pacientes (*Patient's Bill of Rights*), publicada em 1973 pela Associação Americana de Hospitais, e que serve de referência para a prática da Medicina naquele país; nela foram consagrados os direitos dos pacientes à informação e ao consentimento prévio²¹. Este deve ser livre, esclarecido em linguagem acessível, e deve poder ser revogado a qualquer momento sem nenhum ônus. O médico pode exercer persuasão, mas jamais coação, manipulação de informações ou imposição unilateral de condutas. O paciente e seu anestesiológista devem escolher em conjunto a anestesia que será aplicada; o médico, porém, não estará obrigado a aceitar imposições leigas que possam incorrer em risco inútil. O consentimento livre e esclarecido já foi incorporado às normas deontológicas do atual CEM que data de 1988, pois este considera infração ética:

- art. 46: “*Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida*”.
- art. 48: “*Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar*”.
- art. 56: “*Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução e práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida*”.

A legislação civil pátria também já tornou legal a exigência ética do consentimento informado:

- art. 147 do Código Civil: “*Nos negócios jurídicos bilaterais, o silêncio intencional de uma das partes a respeito de fato ou qualidade que a outra parte haja ignorado, constitui omissão dolosa, provando-se que sem ela o negócio não se teria celebrado*”.
- art. 14 Código de Defesa do Consumidor (lei 8.078/90): “*O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos*”.

Mas o direito à autonomia tem limites, não é absoluto, seu limite deve ser dado pelo respeito à dignidade e à liberdade e direitos dos outros e da coletividade. Um chefe de estado não pode, por exemplo, recusar uma transfusão que poderia salvar sua vida por motivos de consciência, pois esse seu direito esbarra, anteriormente, no direito de todos os cidadãos que o elegeram, de terem-no como governante. Quando a autonomia de alguém, permanente ou temporariamente, como no caso de uma anestesia, encontrar-se reduzida, eticamente devem prevalecer os princípios da beneficência e da não-maleficência. Cabe assinalar que do ponto de vista ético a noção de consentimento livre e esclarecido pode confrontar com a legislação em vigor; cria-se, assim, situação ética particular no curso de uma anestesia se o paciente anteriormente recusa uma transfusão sanguínea em ato para o qual, *a priori*, não seria ela necessária, mas por um acidente vem a ter uma hemorragia maciça. Como deveria proceder o anestesiológista, se face ao Código Penal, sua não-realização pode configurar omissão de socorro²²? Diante do interesse coletivo de preservação de bem maior, no caso a vida, a legislação atual impede o médico da satisfação dessa autonomia do paciente. Para os adolescentes, embora ainda com algumas dificuldades, a idéia de autonomia têm sido preconizada com base na noção de “maioridade sanitária”, ou seja, na capacidade de decisão que o jovem implicado tem. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, estes últimos estão entre aqueles com 12 anos e 18 anos incompletos. O CEM incorporou, veladamente, a noção de maioridade sanitária em seu art. 103 que diz: “*É vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não-revelação possa acarretar danos ao paciente*”. Apesar disso, no caso de adolescentes, médicos têm ainda muita relutância e tendem ainda a se guiar mais por parâmetros legais.

PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

O princípio da justiça estabelece como condição fundamental a busca da equidade, ou seja, a obrigação de prestar cuidados de saúde a cada paciente conforme o que é moralmente correto, adequado, e dar a cada um o que lhe é eticamente devido¹⁵. A Constituição Federal, em seu art. 196, diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado com acesso universal e igualitário²³. O médico deverá atuar com imparcialidade, tratando a todos igualmente, evitando que fatores sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. Os médicos devem lutar para que os recursos à saúde sejam equitativamente distribuídos com o objetivo primário de alcançar, com melhor eficácia, a universalidade dos pacientes. O anestesiológista não deve distinguir ou realizar uma anestesia com fármacos, técnicas ou padrões de monitorização

diferentes segundo a classe social do seu paciente ou o seu plano de saúde, a boa anestesia é a mesma para todos. Mas falar em justiça em saúde num país com as desigualdades sócio-econômicas como o nosso é complexo; mas talvez exatamente por isso, mais válidos são os pensamentos filosóficos na área da saúde. A justiça é uma eterna procura, que se busca exatamente por não existir ²⁴. A justiça é aquilo sem o que os valores deixam de ser valores para não valerem mais nada! Não existe no mundo justiça divina ou justiça natural, só existe a justiça dos homens que a procuram e tentam exteriorizá-la historicamente por meio de leis; entretanto essas leis não expressam, obrigatoriamente, o verdadeiro sentido do que se espera de justiça, mas, e com freqüência, o que o poder econômico e político dela espera! Hoje, não é possível falar em justiça na saúde do país, onde a imensa maioria da população não tem acesso ao básico de assistência primária. Todo cidadão tem o dever de lutar pela justiça, pois esta não pertence a ninguém, a nenhum partido político, regime de estado, lei ou código ²⁴, é simplesmente um ideal a ser alcançado.

CONCLUSÃO

A ética é uma valorosa arma para discussão dos problemas sociais e a bioética para os problemas da saúde. O anestesiolegista, como todo médico, deve se guiar, de modo inexorável, pelos princípios da beneficência, da não-maleficência, do respeito à autonomia do paciente e da justiça. A anestesia deve ser conduzida de maneira a abolir a nocicepção durante o procedimento cirúrgico, aliviando a dor pós-operatória e também evitando reações adversas e efeitos colaterais relevantes previsíveis. O paciente tem o direito de ser compreensivelmente informado sobre o ato médico, discutindo com o profissional seus interesses e valores individuais que, dentro de certos limites, deverão ser respeitados. E, finalmente, todos os pacientes têm direito a uma anestesia de qualidade independente de raça, credo, confissão religiosa, classe social, orientação política ou qualquer outra. Tudo isso contribuirá para melhorar a relação anestesiolegista-paciente e, se esse trabalho for bem realizado, o paciente ficará satisfeito e o médico terá menos riscos de reclamações futuras.

Bioethics – Issues Regarding the Anesthesiologist

Artur Udelsmann, TSA, M.D.

BACKGROUND

Medical evolution in the last century brought to light social challenges requiring solutions. Some facts of this period had major historical impact, imposing the need for ethical dis-

cussions: during World War II, scientists performed atrocious experiences with prisoners, which went beyond all degrading expectations ¹ and motivated the publication of the Nuremberg code which for the first time established rules to be observed during human research.

But by assuming that such atrocities were privilege of old totalitarian regimens, a huge error was committed: the Tuskegee Syphilis Study, conducted between 1932 and 1972 by the U.S. Public Health Service with syphilitic Afro-Americans aiming at studying the natural evolution of untreated syphilis, left patients without penicillin many years after its discovery. Between 1956 and 1970, parents of handicapped children from the Willowbrook State School were forced to accept the injection of hepatitis virus strains administered to their children to study a new effective prophylaxis ².

In 1964, a study conducted in the Jewish Chronic Disease Hospital has injected third-party tumor cells in elderly, without their previous consent, to evaluate their evolution outside the body generating them ³. In all these cases, press attitude was paramount to spread such practices and has allowed, through society pressure, the birth of a new field of study known as bioethics. The word bioethics is a neologism used for the first time in the early 1970s by biologist Van Rensseler Potter, from the University of Wisconsin; he was concerned with the uncontrolled scientific development and the preservation of the human-ecosystem balance and its possible effects on human life ². His publication, *Bioethics: a Bridge to the Future*, has become a historical reference for the area. Dutch obstetrician Andre Hellegers, from the University of Georgetown, was responsible for taking the term to Medicine and for publicizing it as from the 1970s. Another bioethics historical landmark was developed in 1978/79 in the USA: the "Belmont report" ⁴ by the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research; this publication, which solely emphasized ethical issues of human experiences overlooking clinical practice issues, has established three principles to be observed by scientific research: the principle of human respect, the principle of beneficence and the principle of justice.

Lastly, still in 1979, Tom Beauchamp and James F. Childress ⁵ have published "Principles of Biomedical Ethics", which to date is the most important publication for medical bioethics discussions. The authors reported four principles and gave origin to the bioethical line known as "principlism". Two of those principles are deontological and address duties: the principle of non-maleficence and the principle of justice; the other two are teleological and address results: the principle of beneficence and the principle of respect to autonomy. This was really the first publication to be concerned with the application of ethical principles to medical practice problems, as it is the case of the activities of most Anesthesiologists. Bioethics was only introduced in Brazil in the 1990s. The Federal Council of Medicine (FCM) launched the "Bioethics" journal in 1993. The Brazilian Society of Bioethics was founded in 1995 to certify professionals and

discuss health policies in our country. In 1996, the National Health Council issued resolution 196/96 to normalize human research and since then, numerous publications have been launched to publicize the subject, among them one of the most important is the book "Introduction to Bioethics"⁶, also published by FCM.

DEFINITION

Defining philosophical sciences is a hard task and it is unlikely to obtain consensus; even among related professionals there is not a single concept to define "ethics". Anesthesiologists are professionals acting on "acute processes" with very narrow safety intervals, who cannot afford many philosophical divagations. But they should start being increasingly concerned with ethics if they intend to survive in their workplace and to be successful with the numerous claims all physicians are currently submitted to.

Ethics is a mechanism regulating social relations and aiming at assuring social cohesion and harmonizing individual and collective interests⁷. Bioethics is a neologism derived from the Greek *bios* (life) and *ethike* (ethics), and may be defined as "the systematic study of moral dimensions, including vision, decision, behavior and rules of life sciences and of health care"⁸. Reich, in his Encyclopedia of Bioethics⁹ has also defined it as "systematic study of moral dimensions – including moral vision, decisions, behaviors and lines guiding it – of life and health sciences, by the use of several methods and with interdisciplinary posture".

Or even, bioethics is "the systematic study of human behavior in the areas of life and health care sciences, provided this behavior is examined at the light of moral values and principles". Ethics relates to moral, which is the science of what morally "should be" and not of "what it is", or even, is the search and the establishment of the reasons justifying what "should have been done" and not what "may be done". Science deals with reality as it is, and moral deals with reality as it should be. Bioethics establishes interdisciplinary moral rules which should be respected for the best possible social contact, as described by Jean-Jacques Rousseau in his well-known book "*Du Contract Social*"¹⁰; there, in wise words, the author states that to be able to live in society, each individual should sacrifice part of his individual freedom in behalf of a commonwealth, submitting his/her private interest to the general interest through a judgment of value.

And what differentiates human being universe from the natural world is exactly the ability to make value judgments, and ethics is the domain of value judgments. Bioethics is part of a much larger universe, that of ethics itself which involves moral rules of different areas such as business, environment, economics, etc. However, it also encompasses the known and conservative Medical Ethics, more involved with physician-patient and physician-physician relationships, without presenting solutions for several other emerging problems in the field of life sciences. The Code of Medical

Ethics (CEM) indicates how its members should behave and what they are not allowed to do; it is the classical professional deontology which, in its 145 articles, has 112 starting with "*the physician is not allowed to*"¹¹. Bioethics has also a very close relationship with Law and some very old moral rules ended up being incorporated to it.

BIOETHICS AND LAW

Healthcare is not only ruled by ethical principles, but also by legal principles and those are often intermingled, although bioethics field of action is much wider. The ethical behavior of individuals requires their free personal adhesion and conviction; legal rules do not require this conviction but are rather imposed by society to all people regardless of previous individual agreement. Laws, when not respected, generate legal penalties and ethical rules have no mandatory penalties provided for cases of transgression.

The Code of Medical Ethical-Professional Process, regulating the examination of possible breaches of CEM rules and the application of penalties, configures an exception to this rule in article 40 which provides that "disciplinary penalties applicable by Regional Councils are those provided by the law". That is, transgressions to medical ethics rules are punished by the art. 22 of Federal Law 3268/1957, and this gives to CEM rules a coercive aspect, regardless of physicians' previous adhesion or conviction¹². Bioethics and Law, together, have a more humanistic sense because they are bound to the notion of justice to individuals in all health acts.

Each and every act aiming at care or technological advances and not respecting human dignity should be repelled for going against ethical-legal justice and human rights. The practice of some health investigations should be prevented if involving potential and unexpected risks to life or health. Health and Law professionals are responsible for making technological advance something good and helpful for men, to protect human rights with justice goals¹³.

PRINCIPLE OF BENEFICENCE

Bioethics is based on several philosophical lines, however the most commonly used analysis method in most countries is the already described Beauchamp and Childress' "principlist" method. The principle of beneficence relates to the need/duty of maximizing patients' benefits decreasing the risk of potential losses; physicians shall have scientific background and professional experience convincing and assuring them that the act to be practiced will be beneficial for the patient¹⁴. The principle of beneficence does not clearly define how to distribute goodness and evil, it just imposes the first avoiding the second. When there are conflicting requirements, higher emphasis should be given to goodness, at the expenses of evil, in ethical terms.

In health, especially in Anesthesiology, beneficence is acting in behalf of patients and their health, promoting health and

preventing anesthetic complications. But the principle of beneficence is not absolute and is limited by the autonomous right of individuals to decide what they consider their goodness, what is convenient for them¹⁵. The principle of beneficence always requires an action, be it to promote goodness or to prevent or eliminate damages, and a very common procedure for anesthesiologists is a corollary of it: risk/benefit evaluation of each and every act.

PRINCIPLE OF NON-MALFEASANCE

The principle of non-maleficence, on the other hand, requires abstention, that noxious acts to patients should be avoided. It is universally consecrated through the Hippocratic aphorism “*primum non nocere*”, the intention of which is not to inflict any type of physical or moral damage to patients¹⁶. Its philosophical basis is far more encompassing than the principle of beneficence because not causing damage is a common notion to all people due to each and every individual without discrimination; beneficence, however, should only be exerted to those really needing it in a far more limited universe¹⁷.

The principle of non-maleficence is not always adequately understood because the practice of Medicine may initially lead to damages with the objective of obtaining a better future benefit¹⁸; if this were true, physicians would not act whenever their interventions would imply a major risk.

The principle of non-maleficence is closely related to Medicine and is contained in the same Hippocrates oath: “*I will follow that system of regimen which, according to my ability and judgment, I consider for the benefit of my patients, and abstain from whatever is deleterious and mischievous. I will give no deadly medicine to any one if asked, nor suggest any such counsel. Into whatever houses I enter, I will go into them for the benefit of the sick, and will abstain from every voluntary act of mischief ...*”

PRINCIPLE OF RESPECT TO AUTONOMY AND INFORMED CONSENT

In the early 21st Century, the principle of respect to autonomy is requiring more attention in the exercise of modern Medicine. Autonomy means self-determination, the individual ability and right to decide and choose what is convenient, what people believe is the best for them, to decide their destiny according to their conceptions and without influences, not having to compulsorily adhere to or accept third-party conceptions, in this case physicians.

However, due to the low social-cultural level of our population, this principle has raised major discussions in the exercise of daily Medicine, especially as a function of the deep-rooted paternalism of physicians. But it has also been responsible for the introduction of patients’ “free and informed consent” for medical acts, among them anesthesia.

Patients autonomy to choose what they understand is best for them after medical explanations has gone beyond moral

and was incorporated to the Law itself; The Supreme Court has consecrated jurisprudence on the matter by stating: “the self-preservation instinct makes all people, the more rudimentary their basic knowledge might be, the safest judge of the conveniences for their own health”¹⁹.

The principle of autonomy is frontally against the Hippocratic concept of Medicine of “doing the good and taking care of the patient” solely based on health professionals knowledge and reasoning, without considering patients’ wishes. Respect to autonomy is a fairly recent phenomenon, which is slowly overriding the principle of beneficence²⁰. In more evolved countries, if a Jehovah Witness patient refuses blood transfusion, this will not be performed in respect to his/her right to autonomy. A historical landmark of respect to autonomy is the Patient’s Bill of Rights, published in 1973 by the American Hospitals Association and which is a reference to the practice of Medicine in that country; patients’ rights to information and previous consent were consecrated in that bill²¹. Physicians may be persuasive but never coercive by manipulating information or unilaterally imposing treatments. Patient and anesthesiologist should jointly choose the anesthetic method; the physician however is not forced to accept legal impositions which may pose needless risks. Free and informed consent has already been incorporated to deontologic rules of current CEM from 1988, which considers ethical breach:

- Art. 46: “To perform any medical procedure without previous information and consent of patients or their legal tutors, except for imminent risk to life”.
- Art. 48: “Exert authority in a way to limit patients’ rights to freely decide on their person or wellbeing”.
- Art. 56: “Disrespect patients’ right to freely decide on the execution of diagnostic or therapeutic practices, except for imminent risk to life”.

Brazilian civil legislation has confirmed the ethical requirement of the informed consent:

- Civil code art. 147: “In bilateral legal businesses, the intentional silence of one party about the fact or quality the other party may have ignored is malicious omission when it is proven that without it the business would not have been celebrated”.
- Consumers’ Protection Code art. 14 (Law 8.078/90): “The service provider is responsible, regardless of fault, for repairing damages caused to consumers by defects related to the provision of the services, as well as to insufficient or inadequate information about its fruition and risks”.

But the right to autonomy has its limits; it is not absolute and should be limited by the respect to dignity and freedom and by the rights of others and of the community. A state leader cannot, for instance, refuse a transfusion that could save his life for conscience reasons because this right is first opposed to the right of all the citizens who have elected him of having him as a governor. When the autonomy of someone, permanently or temporarily, as it is the case of the anesthesiologist, is decreased, the principles of beneficence and of non-maleficence should ethically prevail.

It is worth stressing that from the ethical viewpoint, the notion of free and informed consent may go against current legislation; so, a unique ethical situation is created during anesthesia if the patient had previously refused a blood transfusion which *a priori* would not be needed, but for an accident suffers a massive hemorrhage. How should the anesthesiologist act if faced to the Legal Code in not doing so he could incur in omission of aid ²²? Due to the collective interest in preserving the highest good, in this case life, current legislation prevents the physician to satisfy this autonomy of patients. For adolescents, although still with some difficulties, the idea of autonomy has been preconized based on the notion of "sanitation wisdom", that is, the decision ability of the implied young. According to the Statute of the Child and of the Adolescent, the latter are aged 12 to 18 incomplete years. CEM has introduced the notion of sanitation wisdom in its art. 103: "The physician shall not reveal professional secret related to minor patients, including to their parents or legal tutors, provided minors are able to evaluate their problem and make their own decision to solve it, except when the non-revelation may bring damage to patients". Nevertheless, in case of adolescents, physicians are still reluctant and tend to follow legal parameters.

PRINCIPLE OF JUSTICE

The principle of justice establishes as fundamental condition the search for equity, that is, the duty to provide adequate health care to each patient according to what is morally correct, and to give to each one what is ethically due ¹⁵. Federal Constitution, in its art. 196 says that health is the right of all and the duty of the State, with universal and equalitarian access ²³. Physicians shall be impartial, treating all patients equally, avoiding that social, cultural, religious, financial or other factors interfere with physician-patient relationship. Physicians shall strive for the equalitarian distribution of health resources, primarily aiming at reaching as effectively as possible, the universality of patients.

The anesthesiologist shall not distinguish or perform anesthesia with different drugs, techniques or monitoring standards according to patients' social brackets or their health insurance; a good anesthesia is the same for everyone. But to talk about health justice in a country with social-economic differences such as ours is complex; but probably exactly for such, more valid are the philosophic thoughts about health. Justice is a permanent search, which is searched exactly because it does not exist ²⁴. Justice is something that without it values are no longer values for valuing nothing!

There is no divine or natural justice in the world, there is only the justice of men, who look for it and try to historically externalize it with laws; however such laws do not compulsorily express the real sense expected from justice, but rather and frequently what economic and political powers expect from it! It is currently impossible to talk about health justice in our

country where the vast majority of the population has no basic access to primary care. Every citizen has the right to fight for justice, because it belongs to no one, to no political party, state regimen, law or code ²⁴; it is simple an ideal to be reached.

CONCLUSION

Ethics is a valuable weapon to discuss social problems and bioethics is valuable to discuss health problems. The anesthesiologist, as any other physician, should be inexorably guided by the principles of beneficence and non-maleficence, or by the respect to patients' autonomy and justice. Anesthesia should be performed to abolish nociception during surgical procedures, relieving postoperative pain and also preventing relevant and predictable adverse reactions and side effects. Patients have the right to be clearly informed about the medical act, discussing with the professional their individual interests and values which, within certain limits, should be respected. And finally, all patients have the right to quality anesthesia, regardless of race, religion, social bracket, political orientation or any other thing. Altogether, this will contribute to improved anesthesiologist-patient relationship and, if the work is well done, patients will be happy and physicians will run lower risks of future claims.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

01. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G – Apresentando a Bioética, em: Costa SIF; Garrafa V; Oselka G. Iniciação à Bioética, Brasília, CFM, 1998;15-36.
02. Urban C de A – Introdução à Bioética, em: Urban C de A – Bioética Clínica, Rio de Janeiro, Revinter, 2003;3-10.
03. Callahan D – Bioethics, em: Reich WT – Encyclopedia of Bioethics, New York, Macmillian, 1995;247-256.
04. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Washington, Government Printing, 1979. Disponível em: <http://www.mcg.edu/Research/ohrp/hac/belmont.pdf>.
05. Beauchamp T, Childress JF – Principles of Biomedical Ethics, 2nd Ed, New York, Oxford University, 1983.
06. Costa SIF, Garrafa V, Oselka G – Iniciação à Bioética, Conselho Federal de Medicina, Brasília, CFM, 1998.
07. Fortes PAC – Ética e Saúde, 1^a Ed, São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1998;25-36.
08. Alves Neto O, Garrafa V – Anestesia e bioética, Rev Bras Anestesiol, 2000;50:178-188.
09. Reich WT – Encyclopedia of Bioethics, 2^a Ed, New York, McMillian, 1995.
10. Rousseau JJ – Du contrat social, Paris, Union Générale d'Éditions, 1973.
11. Código de Ética Médica e textos sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2001.
12. Udelsmann A – Responsabilidade civil, penal e ética dos médicos. Rev Assoc Med Bras, 2002;48:172-182.
13. Lima GB, Roberto LMP – Relações da Bioética com o Direito – Administração de Riscos, em: Urban CA – Bioética Clínica, Rio de Janeiro, Revinter, 2003;70-75.
14. Rosas CF – Cadernos CREMESP – Ética em Ginecologia e Obstetrícia, 2^a Ed, São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004;141.

15. Alves Neto O – Bioética em Anestesia, em: Urban CA – Bioética Clínica, Rio de Janeiro, Revinter, 2003;363-377.
16. Goldim JR - Bioética e Interdisciplinaridade, em: Goldim JR - Educação Subjetividade e Poder, Porto Alegre, UFRGS, 1997;4:24-28.
17. Kipper DJ, Clotet J – Princípios da Beneficência e Não-Maleficência, em: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G - Iniciação à Bioética, Brasília, CFM, 1998;37-51.
18. Gillon R – Primum non nocere and the principle of non-maleficence. Br Med J, 1985;291:130-131.
19. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Cárcere privado. Processo penal. Trancamento de ação penal nº RHC 64.387-6-SP, Marco Antônio Neves do Amaral e Exmo. Sr. Ministro Aldir Passarinho. Relator: Ministro Aldir Passarinho. 05 de dezembro de 1986. Revista dos Tribunais (São Paulo), 1987;615:383.
20. Fortes PAC – Ética e Saúde, 1ª Ed, São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1998;37-57.
21. Gaylin W – The Patient's Bill of Rights, em: Bandman E, Bandman B – Bioethics and Human Rights, Boston, University Press of America, 1978;265-267.
22. Jesus DE de – Código Penal Anotado, 6ª Ed, São Paulo, Saraiva, 1996;1-994
23. Brasil. Constituição (1988) - Constituição da República Federativa do Brasil, 18ª Ed, São Paulo, Saraiva, 1998.
24. Braga Filho CE – Princípio da Justiça, em: Urban CA – Bioética Clínica, Rio de Janeiro, Revinter, 2003;27-35.

RESUMEN

Udelmann A – Bioética – Aspectos de Interés del Anestesiólogo

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: *La evolución de la Medicina exige de los profesionales de la salud la realización de una serie de reflexiones de sello ético, frente a las situaciones enfrentadas diariamente, de manera a no transgredir reglas morales, éticas y legales. El objetivo de este artículo fue el de abordar los principios de la bioética que deben ser observados durante el ejercicio de la Anestesiología.*

CONTENIDO: *Después de la introducción histórica y la definición de bioética como una ciencia de sello filosófico, se demuestran sus interconexiones con el Derecho. Los principios de la beneficencia, de la no maldad, del respeto a la autonomía y a la justicia se presentan como puntos esenciales de la práctica de la Anestesiología, cuyo objetivo es, primordialmente, la preservación de la dignidad del ser humano. La observación de esos principios protege al paciente de resultados inesperados, indeseables y también al anestesiólogo de implicaciones en la esfera ética o jurídica frente a complicaciones fortuitas.*

CONCLUSIONES: *La bioética se hizo inseparable en el ámbito de las discusiones de la salud; para el progreso de la Anestesiología y de la investigación hacen necesarios conocimientos de esa área en la práctica de la especialidad. Aunque de sello filosófico, de una cierta manera un poco lejos de la especialidad que prima por una atención aguda al paciente, los anestesiólogos tienen todo el interés en conocer esa nueva ciencia que cada día más, seguramente, influirá en la práctica de la especialidad, para proteger sus pacientes y evitar más trastornos en la práctica de una especialidad ya bastante difícil en el país.*