



GUAIRACÁ REVISTA DE FILOSOFIA

A TEORIA DO CONTRATO TRIPLO E A JUSTIFICAÇÃO PRIMA FACIE DO PRINCIPIALISMO¹

ANDREI LUIZ LODÉA²

Resumo: Este artigo versa sobre a teoria do *contrato triplo* na ética médica proposta por Robert Veatch. Nela, o autor propõe três níveis de contratos: o contrato social básico, o contrato entre profissão e sociedade e, por fim, o contrato entre profissionais e pacientes. Para Veatch, os *contratos, os acordos, os pactos, etc* possibilitam, mesmo que hipoteticamente, uma harmonia entre as partes envolvidas no processo de tomada de decisão. A óptica do estudo repousa no direito e no dever de confidencialidade entre médico e paciente. Uma das questões que surgem neste caso é: o profissional da saúde deve revelar as confissões do paciente, caso esse relate as intenções de cometer possível assassinato? Tendo em vista essa teoria do contrato triplo, procuraremos analisar a dificuldade de aplicação, por exemplo, nesse caso, dos princípios biomédicos, propostos por Beauchamp e Childress e sua validade *prima facie*.

Palavras-chave: Bioética. Contrato Triplo. Principialismo. Acordo. Moral

1. Este tema, que ora apresentamos, foi discutido preliminarmente em uma comunicação realizada junto ao *Congresso internacional de filosofia e VI simpósio para saber mais Schopenhauer*, na Universidade do Centro-Oeste do Paraná, UNICENTRO, Guarapuava, PR, em 2012. Na ocasião, o diálogo e conversa com professores e demais participantes do evento renderam críticas e contribuições para a melhoria e a adequação das ideias e conceitos que aqui serão apresentados.

2. Universidade de Passo Fundo (UPF) – email: allodea@gmail.com.

The Triple Contract Theory and the Justification Prima Facie of Principlism

Abstract: This article talks about the triple contract theory proposed by Robert Veatch for medical ethics. Robert Veatch proposes three levels of contracts: the basic social contract, the contract between profession and society and the contract between professionals and patients. For Veatch, contracts, agreements, pacts, etc. enable the harmony between the parties involved in the decision-making process even if, hypothetically. The focus of the study is on the right and the duty of confidentiality between doctor and patient. One of the questions that arises in this case is: should health professionals reveal the patient's confessions when he/she reports intentions to commit possible murder? In view of the triple contract theory, this article will try to analyze the difficulty in applying, for example, the biomedical principles proposed by Beauchamp and Childress and its prima facie validity in the case mentioned above.

Keywords: Bioethic. Triple contract. Principlism. Agreement. Moral.

INTRODUÇÃO

A sociedade na qual estamos inseridos é caracterizada por ser pluralista e complexa e, perante os infindáveis problemas que o ser humano enfrenta, está permanentemente buscando soluções e alternativas para proporcionar um futuro melhor tanto para nós quanto para as gerações futuras. Nas últimas décadas, uma das grandes preocupações dos teóricos morais foi com os avanços da ciência e da tecnologia, perguntavam-se se havia limites para ciência e a tecnologia? E se houvesse esses limites, quem os deveria impor? As maiores preocupações estavam depositadas em problemas causados pela própria atividade humana no meio ambiente, no uso de humanos e animais em experimentos científicos, produtos geneticamente modificados, genética, biotecnologia etc.

Sem sombra de dúvidas, podemos dizer que os limites para estas práticas humanas “desfreadas” se desenvolvem pela reflexão ética, assim como aconteceu com sociedades menos plurais e complexas, como a dos gregos. No final do século 18, a ciência e a tecnologia começaram a ser pensadas, avaliadas e julgadas como parte integrante de uma sociedade, ou seja, ciência e tecnologia não poderiam ser separadas do valor, não poderiam ser pensadas como um saber verdadeiro e absoluto. Os filósofos da escola de Frankfurt, posteriormente, refletiram que a ciência e tecnologia, mesmo sendo expressões de racionalidade, podem produzir efeitos irracionais, perversos, dominando e fazendo sofrer grande parte da população. Outrossim entende-se que a ciência e a tecnologia são frutos das ações humanas e, como tais, devem respeitar a vida, coexistindo de forma harmoniosa, se possível. Hoje, podemos dizer que os avanços científicos e tecnológicos estão sendo “vigiados” por comitês de ética, por comissões de Direitos Humanos e animais, além de ONGs,

que buscam frear algumas práticas que colocam em risco ou causam sofrimento à vida. Dessa forma, com todos os avanços e possibilidades de escolha, que afetam a vida de todos nós, tanto benéfica quanto maleficamente, temos o dever de discutir e buscar diminuir o mal-estar que algumas destas questões nos apresentam. Assim, a esses problemas e reflexões sobre o valor da vida chamamos *Bioética*.

Há muito mais a dizer sobre esse tema, mas não é nossa tarefa neste trabalho discutir todos os problemas que possam surgir deste debate, pois são infindáveis, dessa forma, vamos ao que propomos.

Nossa proposta versa sobre uma derivação da ética prática ou ética aplicada chamada, *Bioética*, sendo que a teoria que trata dos seus fundamentos chama-se *Princípioalismo*, teoria lapidada por Beauchamps e Childress, após o Relatório Belmont em 1978. Segundo o princípioalismo, são quatro os princípios que devem guiar a bioética: o respeito à autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. Na aplicação aos casos práticos, todos os princípios devem valer de forma não absoluta, ou seja, *prima facie*. Tendo em vista este valor *prima facie* dos princípios, os críticos apontam algumas dificuldades para sua aplicação: se todos valerem *prima facie*, não podemos cair num subjetivismo ou relativismo? No dilema entre dois princípios, qual deles escolher? Sabendo dessa dificuldade, buscaremos estabelecer uma base geral para a aplicação deles, sob o enfoque de um *Triple Contract* – TC – proposto por Robert M. Veatch, no livro *A Theory of Medical Ethics*, de 1981. Nela, o autor propõe três níveis de contratos: um primeiro contrato social básico, o segundo, o contrato entre profissão e sociedade e, por fim, o terceiro, o contrato entre profissionais e pacientes. No entanto, longe de fazer uma digressão sobre o turbilhão de problemas na bioética, aqui, a pretensão é analisar a tomada de decisões na relação médico paciente, no que diz respeito à ética médica, para tanto, servirá como base para a análise um caso biomédico específico que trata sobre o direito e o dever de confidencialidade entre profissional e paciente.

Nosso trabalho está dividido em duas partes: na primeira parte, faremos algumas considerações sobre o surgimento da bioética e apresentaremos de forma breve os quatro princípios que orientam a própria bioética e, principalmente, a ética biomédica; a segunda parte, dividida em três seções, buscaremos apresentar, dissertar e justificar a Teoria do Contrato triplo – TC – como uma teoria válida para a escolha *prima facie* entre os quatro princípios da bioética.

BIOÉTICA E O PRINCÍPIALISMO

Em 1970, o médico norte-americano V. R. Potter utilizou pela primeira vez o termo “bioética” em seu livro *Bioethic: a bridge to the future* e em seu artigo *Bioethic: the science of survival*. Na concepção de Potter, os valores éticos não poderiam estar separados dos fatos biológicos, entretanto, com os extraordinários avanços da medicina e também da biotecnologia, seriam necessárias discussões que buscassem

esclarecer os problemas e desafios trazidos ao homem e a possibilidade de refletir conscientemente todos os avanços médicos biotecnológico, dessa forma, para Potter

A humanidade necessita, urgentemente, de uma nova tecnologia que fornecerá o “conhecimento de como usar o conhecimento” para a sobrevivência do homem e para a melhora da qualidade de vida. Esse conceito de sabedoria como guia da ação – o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social – pode ser chamado de *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 pela 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 (PETRY apud POTTER, 2011, p. 1).

O projeto proposto por ele é um projeto interdisciplinar, envolvendo áreas distintas como a biologia, a filosofia e as ciências sociais, isto é, um novo modelo de ciência. Nesta nova ciência, o homem deveria considerar a sua relação com a natureza, pensar em formas de sobrevivência, buscando harmonizar os avanços científicos e tecnológicos com a realidade humana dos valores éticos, pois a busca por melhor qualidade de vida sempre deve ser uma preocupação das políticas públicas responsáveis pelos limites do conhecimento biológico.

Nesse viés, as atrocidades praticadas na Segunda Guerra Mundial em nome da ciência, julgadas e sentenciadas pelo Tribunal de Nuremberg em 1945, propiciaram o surgimento de inúmeras discussões sobre o valor da vida. Essas discussões sobre bioética ganharam maior atenção nos Estados Unidos, a partir de 1974, com a criação da Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos das Pesquisas Biomédicas e Comportamentais. Desde então, as pesquisas que envolvessem seres humanos deveriam guiar-se por princípios éticos que respeitassem a dignidade da vida humana. Nesse sentido, dois fatos foram fundamentais para que isso ocorresse, em 1963, foram realizadas pesquisas com idosos, que, sem seu consentimento, receberam células tumorais, ademais, entre as décadas de 40 a 70, mais de 400 negros com sífilis foram deixados sem tratamento com o objetivo de conhecer o ciclo natural da doença no organismo humano. Como consequência, das discussões elaboradas pela comissão, surgiu, em 1978, o Relatório Belmont, estabelecendo princípios para a bioética. Nesse relatório, três princípios orientavam as pesquisas e práticas biomédicas: respeito pelas pessoas, beneficência e justiça. Seguindo o Relatório, Belmont, Beauchamp e Childress originaram a concepção principialista da bioética e a exposição da teoria foi publicada em 1979 no livro *Principles of Biomedical Ethic*, o qual foi reeditado várias vezes, chegando a sua sexta edição, em 2009, livro em que Beauchamp e Childress defendem quatro princípios: respeito à

autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Atualmente, apesar de serem princípios formulados para a ética biomédica, tais princípios são considerados guias para a bioética, conhecidos como a teoria do “princípioalismo”. Nota-se que nesta reformulação do Relatório Belmont, feita por Beauchamp e Childress, é acrescentado um novo princípio, o princípio da não-maleficência, antes fundido no princípio da beneficência, além disso, o princípio do respeito pelas pessoas passa a ser chamado de respeito à autonomia (cf. DALL’AGNOL, 2004).

Seguindo esta linha de raciocínio, a teoria princípalista defendida por Beauchamp e Childress recebe influência de duas outras teorias éticas, enquanto Beauchamp defende um enfoque teleológico baseado principalmente no utilitarismo de John Stuart Mill, Childress defende um enfoque deontológico, tendo como base discussões da ética kantiana. Apesar do enfoque utilitarista e kantiano, na prática, o princípioalismo não segue a regra de um único princípio para as questões bioéticas. Estes compactuam com a ideia de W. D. Ross de que não há um único princípio, mas uma pluralidade de princípios, os quais não podem ser condensados em um único. Dall’Agnol (2004, p. 19) argumenta que “o princípioalismo foi formulado a partir de uma base filosófica intuicionista e não kantiana ou utilitarista”. Sendo assim, na distinção que os autores fazem entre “princípios” e “regras” verifica-se que esta é mais rígida, convencionando normas de conduta precisas sobre o que deve ser feito em um determinado caso, já os princípios podem ser entendidos como guias de ação, pois auxiliam na formulação de regras e atuações mais específicas. Em vez de esses princípios funcionarem de forma absoluta, como entendiam Kant e Mill, para Beauchamp e Childress, eles têm um caráter *prima facie* (cf. DALL’AGNOL, 2004). Em um primeiro momento, todos os princípios devem ser levados em consideração, mas poderão ser substituídos por deveres mais fortes ou mais importantes em determinados conflitos morais, porém, não há qualquer hierarquia de princípios, podendo ser substituídos por outros princípios, gerando uma infração justificada, assim, cabe ao agente da ação determinar qual é o princípio que melhor se encaixa na ação em curso, sanando o conflito entre normas conflitantes. Ademais, tornar esses princípios absolutos é reduzir o sucesso das discussões e soluções dos problemas, envolvendo a melhora da qualidade de vida, contudo, cabe-nos alguns questionamentos. Os agentes (família, profissionais, pacientes e sociedade), ao adotarem um dos princípios, devem ser dotados de capacidades razoáveis de decisão e escolha? Devem fazer parte do processo em que se deverá tomar a decisão ou escolha? Na maioria dos casos envolvendo decisões e escolhas bioéticas os sentimentos e emoções são uma constante, sendo assim, como é possível encontrarmos o melhor princípio e o aplicarmos de forma justificada? Essas perguntas serão respondidas quando desenvolvermos TC, na segunda parte deste trabalho. Neste momento, vamos apresentar brevemente os quatro princípios propostos por Beauchamp e Childress.

Respeito à Autonomia

Os autores utilizam o conceito de autonomia para avaliar as tomadas de decisão nos cuidados com a saúde, sendo assim, são fundamentais para eles o consentimento informado, a recusa informada, a veracidade e a confidencialidade como processo de decisões livres e capacidade de ação intencional. É clara a intenção dos autores em dizer que ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado com um agente autônomo. “Respeitar um agente autônomo é reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a *ação* respeitosa e não meramente uma *atitude* respeitosa” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2009, p. 103), portanto, o respeito pela autonomia tende a capacitar as pessoas a agir de maneira autônoma, o desrespeito pela autonomia nega uma igualdade mínima entre as pessoas. Por fim, para os autores, o respeito pela autonomia não tem o mesmo sentido que “autonomia”, autoimposição de leis, autogoverno, num sentido kantiano, mas o respeito pela liberdade e capacidade de decisão dos agentes.

Não-maleficência

Este princípio determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente, a antiga máxima hipocrática *primum non nocere*: “acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009, p. 149). Com este princípio, os autores buscam esclarecer criticamente as distinções entre “matar e deixar morrer, entre tencionar e prognosticar resultados danosos, entre rejeitar e interromper tratamentos de suporte de vida e entre tratamentos comuns e tratamentos especiais” (2009, p. 149). A base para a justificação do princípio da não-maleficência está apoiada em casos com pacientes terminais e pacientes gravemente doentes ou feridos. Este princípio poderia ser um guia de orientação sobre possíveis procedimentos de suporte de vida e assistência na morte. Na visão dos autores esse princípio poderá capacitar pacientes, tutores e profissionais da saúde a aceitar ou rejeitar procedimentos, avaliando dos custos e benefícios administrativos. Para os dois autores a distinção entre não-maleficência e beneficência é primordial para não obscurecer obrigações relevantes. Obrigações de não prejudicar os outros (não roubar, não matar, etc) são diferentes das obrigações de ajudar os outros (beneficiar, proteger, gerar bem-estar etc). Levando em conta o caráter negativo da ação, o princípio da não-maleficência é mais rigoroso do que o da beneficência, porém o que vale é o quanto de benefício será proporcionado.

Beneficência

Além de tratarmos as pessoas como autônomas e evitar prejudicá-las, devemos contribuir para seu bem-estar, dessa maneira, praticar atitudes beneficentes diz respeito ao princípio da beneficência. No princípio da não-maleficência, o agente deve abster-se de praticar atos que prejudiquem o outro, na beneficência, o agente

deve tomar atitudes ativas para buscar o bem-estar do outro. Com esse princípio, Beauchamp e Childress analisam a beneficência positiva – agentes para propiciar benefício a outros – e a utilidade – requer que os agentes balancem benefícios, riscos e custos para produzir os melhores resultados (2009, p. 197). Um dos pontos importantes discutidos pelos teóricos é o conflito entre beneficência e o respeito pela autonomia, no que diz respeito ao paternalismo (não respeitar os desejos escolhas dos pacientes). Destaca-se, também, a discussão dos benefícios, riscos e custos, utilizando um método analítico para implementar o princípio da utilidade nas políticas de saúde e atendimento clínico.

Justiça

Sabemos que o acesso à assistência à saúde e aos seguros-saúde, o aumento dos custos de serviços de saúde é um problema de justiça social. Todas as pessoas devem ter acesso igual? Idade, sexo, classe social, cor da pele, doenças graves são determinantes para o acesso aos recursos da assistência à saúde? A grande incerteza é como balançar e conciliar cada um dos objetivos postos em jogo. Saber quais são os objetivos e quais princípios são exigidos pela justiça na distribuição de serviço e no financiamento das pesquisas é a maior dificuldade para responder estas questões. Nesse princípio, os autores analisam principalmente, a alocação de recursos para o sistema de saúde e a alocação dos recursos no interior desse sistema, considerados problemas de excelência no trato da justiça social.

Dentro dessa análise o conceito de justiça cunhado por Beauchamp e Childress é expresso como “aquilo que lhe é devido” (2009, p. 241), ou seja, ao reivindicar um direito válido na justiça, a pessoa, a instituição ou o governo devem ressarcir este direito. Tal conceito de justiça fixa sua base na justiça distributiva, pois pondera benefícios, riscos e custos aliados a várias alternativas que possam contribuir para com a sociedade. Cada um destes princípios vale *prima facie*, e cada um destes princípios anda, paralelamente, relacionado com cada um dos princípios demonstrados anteriormente, porém, o conflito entre eles cria um sério problema de prioridade.

No Brasil, tanto o Conselho Nacional de Saúde quanto a CTNbio (Comissão Técnica Nacional de Biossegurança) adotam o principialismo como base para suas pesquisas e experimentos envolvendo seres humanos, entretanto, o seu sucesso não assegurou total domínio nas questões sobre qual é a teoria ética mais plausível para as questões bioéticas.

Até sua sexta edição, o principialismo sofreu várias modificações para adaptar-se às críticas ou, como diz Dall’Agnol (2004, 57), às *dificuldades* impostas a ele. Uma das críticas (dificuldades), que entendemos ser mais pertinente para nosso trabalho, diz respeito ao caráter não absoluto dos princípios, isto é, sua validade *prima facie*, assim, por serem universais e generalistas, não dariam conta de casos

particulares. No entanto, não estamos pensando, aqui, que os princípios devam ser absolutos, mas que possam passar por critérios de justificação que possibilitem o acordo e a razoabilidade nas decisões, incorporando um *reforço* ao princípio escolhido *prima facie*.

Pensando nessa dificuldade, traremos para nossa discussão um argumento contratualista, baseado nas ideias do professor Robert M. Veatch sobre TC na ética médica, para tanto, nossa hipótese afirmará que este enfoque contratualista pode estruturar uma base segura para a aplicação dos princípios de Beauchamp e Childress em possíveis situações particulares criadas, especialmente, entre médico e paciente. Vale dizer que, no âmbito da ética médica, os maiores problemas surgem das tomadas de decisões envolvendo a relação médico-paciente. Tendo em tela a apresentação da bioética e do principialismo, justificaremos, a partir desse momento, as contribuições de TC para a escolha *prima facie* entre os quatro princípios da bioética e da ética biomédica.

O TRIPLE CONTRACT – TC – COMO GUIA PARA OS PRINCÍPIOS DA ÉTICA BIOMÉDICA

No trato com a saúde, concebemos a relação entre profissionais e pacientes fundamental para a discussão sobre os problemas biomédicos. Geralmente, esta relação envolve pessoas competentes e capazes de decisões corretas, ou seja, pessoas com habilidades e autonomia de agir de forma consciente, livre e de forma razoável. Além disso, contamos com o Estado como o fomentador do acesso e o direito à saúde. Na maioria das vezes, crianças (até mesmo jovens), deficientes mentais, pessoas com doenças depressivas graves e pessoas em estado vegetativo não possuem a capacidade de decidir sobre qual tratamento ou procedimento deveria ser aplicado. Contudo, algumas orientações são dadas sobre o que se deve fazer em determinados casos – como é o caso do principialismo – mas não de uma forma precisa e absoluta. Ademais, o dilema que médicos e profissionais da saúde enfrentam é o de como proceder em determinadas situações que envolvem atos que ferem o código de ética médica e, possivelmente, o juramento Hipocrático ou, até mesmo, os princípios biomédicos. Seguir o código formal ou utilizar sua capacidade moral para orientar seu julgamento? Nos casos em que outras pessoas da comunidade estão envolvidas, o acordo entre as partes (família, associações, Estado) deve prevalecer? Seguir um princípio ou outro deve fazer parte de um acordo previamente estabelecido entre as partes envolvidas? De forma evidente adiantamos que procedimentos unilaterais não fazem parte de uma tomada de decisão baseada na liberdade e na igualdade de interesses. Ou seja, a liberdade e a igualdade são conceitos fundamentais para

que o contrato possa ser legal e legitimamente válido, ao menos dentro de um contratualismo moral. Este contrato que ora falamos, não substitui os princípios propostos por Beauchamp e Childress, mas tão somente serve de guia, um reforço necessário para sua aplicação em situações e casos particulares, contudo, seja na relação médico paciente, seja na distribuição dos recursos destinados a saúde parece não haver uma igualdade.

Diante de casos que envolvem tomadas de decisões, a discussão proposta gira em torno do ato ser eticamente ou legalmente correto, ou seja, revelar as intenções dos pacientes por parte dos profissionais, aconselhar a prática do aborto, praticar a eutanásia ativa ou voluntária, prestar ou não assistência à saúde àqueles que não possuem um plano de saúde, dar acesso gratuito a medicamentos para a população pobre, nesse sentido, na maioria dos casos médicos, a decisão repousa sobre o profissional de saúde e não sobre o paciente. Para Robert Veatch, a solução para tais problemas pode ser fundamentada em um contrato triplo: 1) “estabelecendo a maioria dos princípios sociais básicos para a interação humana; 2) estabelecer um contrato entre sociedade e os grupos profissionais; 3) providenciar um contrato individual na relação entre o profissional e o paciente” (1981, p.110, tradução nossa), sendo a principal característica desse contrato triplo que as pessoas possam concordar ou atuar por meio de um acordo (contrato) legalmente e moralmente válido. Portanto, os princípios propostos pelo princípalismo seriam essenciais para a construção deste pacto que, hipoteticamente, poderia reger situações e caso reais.

O caso que inspirou Veatch diz respeito ao dever do profissional da saúde em revelar os relatos de seus pacientes, caso coloquem em perigo terceiros. Resumidamente, o caso é o seguinte:

Prosenjit Poddar, era estudante da Universidade da Califórnia, em Berkeley. Ele apaixonou-se por sua colega de turma Tatiana Tarasoff. Rejeitado por Tatiana, Poddar entrou em depressão profunda resultando no declínio de sua saúde e abandono dos estudos. Em agosto de 1969, iniciou um tratamento no Cowell Memorial Hospital com o Dr. Lawrence Moore, revelando sua intenção de matar Tatiana quando ela retorna-se do Brasil. Com a ajuda de dois psiquiatras, decidiram que Poddar deveria ser submetido à observação no hospital psiquiátrico. O Dr. Moore escreveu uma carta para a polícia do campus solicitando a detenção de Poddar para avaliação psiquiátrica. Eles o fizeram, mas liberavam Poddar quando ele aparentava estar sóbrio e prometia ficar fora do caminho de Tatiane. O Dr. Harvey Powelson, o superior de Moore, determinou que não se tomasse mais nenhuma outra atitude para deter Poddar. O Dr. Powelson solicitou que a polícia devolvesse a carta de Moore, ordenando que todas as cópias da carta e as anotações de Moore fossem destruídas. Ninguém alertou os familiares sobre o perigo que Tatiana corria. Em 27 de outubro de 1969, Poddar assassinou Tatiana, dois meses depois de ter confidenciado suas intenções ao Dr. Moore (1981, p. 108 –109).

A *American Psychiatric Association* mostrou-se contrária ao dever de revelação, pois: a revelação da violência não tem um nível de precisão praticável; a revelação quebra a confidencialidade na relação terapêutica; a revelação coloca em risco a confiança dos pacientes com seus terapeutas e o dever de proteger a segurança pública³. Neste sentido, podemos pensar junto com Veatch o que traria maiores benefícios: revelar ou manter a confidência? O benefício dos outros (vítima, familiares, comunidade) não pesaria mais para a revelação? Em que medida os compromissos, de um grupo profissional, influenciam, pela confidência do paciente, suas decisões sobre o dever do terapeuta? Qual deveria ser a real postura do Dr. Moore?

Como já dissemos, em grande parte dos casos que envolvem decisões médicas, as interações humanas estão diretamente implicadas. Na maioria desses casos, a resolução não só acontece apenas na relação médico-paciente, mas também a quem o médico e o paciente estão interligados – família, comunidade, profissionais etc. As situações são, sem sobra de dúvida, complexas. Neste caso específico, se levarmos em conta os princípios da bioética, todos os quatro princípios poderiam ser aplicados. Mas qual deles melhor se encaixa? Qual deles pode ser adotado? Se seguíssemos a linha de pensamento de Edmund Pellegrino e David (cf. 2008), o princípio da beneficência teria prioridade sobre os outros princípios, pois os médicos devem agir no melhor interesse do paciente, enquanto que, no paternalismo, por exemplo, colocam-se em conflito dois princípios, a beneficência e a autonomia. Levando em conta estes dois princípios que valem *prima facie*, qual princípio adotar? Os autores acima citados argumentam que agir de forma beneficente é respeitar a autonomia do paciente (PELLEGRINO; THOMASMA, 2008). É sabido que entre os profissionais da saúde, o princípio da beneficência e da não-maleficência foram comumente adotados, e foram poucas as vezes em que a autonomia dos pacientes foi respeitada. Se, de acordo com o utilitarismo, o princípio da beneficência trouxesse maiores benefícios, o princípio da autonomia ficaria em segundo plano, porém, falamos aqui de um contrato, de um acordo que possa levar em consideração o bem-estar de todos os envolvidos, incluindo, neste caso, o paciente potencialmente perigoso. Será possível chegar a um acordo? Analisaremos agora os três níveis de contratos para a ética biomédica.

O primeiro contrato: Contrato social básico

Primeiramente, Veatch busca distinguir aqueles que buscaram “descobrir” uma fundamentação para o agir moral e daqueles que buscaram “inventar” uma estrutura moral tendo por base o contrato social. Nesse sentido, os que buscavam “descobrir” um fundamento moral inspiraram-se nas leis da natureza ou nas leis divinas – como, por exemplo, a teologia cristã fundamentada na Suma de Tomás de Aquino e as teorias políticas moderna de Hobbes, Locke, Rousseau e a ética

3. A opinião majoritariamente contrária a estes aspectos foi dada pelo juiz Tobriner. A opinião majoritariamente favorável foi redigida pelo juiz Clark. Ver caso *Tarasoff* em Beauchamp e Childress, 2002, p. 544 – 555.

universalista de Kant. Para o Dr. Moore, poderia ser mais fácil tomar uma decisão que fosse baseada apenas na lei de Deus. A certeza desta vontade divina poderia por fim ao dilema de revelar ou não revelar a intenção do paciente. Por outro lado, os “inventores” de uma estrutura moral não têm por base a lei natural, como era o caso dos autores acima citados, mas o acordo comunitário entre indivíduos racionais e que possuam a capacidade de decisão. Falamos, aqui, da proposta construtualista moral iniciada com John Rawls com sua teoria da justiça.

Ao levarmos em conta tais aspectos, podemos elucidar que, no mundo pluralista em que vivemos, a relação médico-paciente passa por constantes divergências na busca de acordos mútuos, porém, ainda é possível encontrarmos profissionais e pacientes que compartilham determinadas estruturas comuns, sejam elas, religiosas, políticas, éticas etc. Se, para cada intervenção médica, devêssemos encontrar médicos e pacientes que compartilhem das mesmas crenças, então teríamos uma infinidade de princípios, ou seria impossível encontrar uma estrutura moral comum para esta relação. Para tanto, o ideal, segundo Veatch, é encontrarmos um acordo comum para a ética médica, e não uma pluralidade de princípios (1981). Percebe-se assim que o corte no pensamento, relativo à interminável lista de princípios da ética médica, busca um princípio universal e absoluto, assim como na ciência e na ética. A exemplo, na ciência, o princípio de causa e efeito é utilizado por todos os cientistas, independentemente de cultura, por isso, a questão não é saber o que médicos farão em casos particulares, se seguirão a religião do paciente ou o grupo de profissionais que ele segue, mas, “sobretudo, nós precisamos de uma estrutura comum, aceitável tanto para pessoas leigas quanto para profissionais, decidindo qual é a postura ética aceitável na prática médica” (1981, p. 113, tradução nossa). Assim, a busca de uma estrutura comum de ação advém da ideia de que não podemos nos basear em meras preferências ou em casos particulares, mas em julgamentos éticos que possam levar em consideração o todo. Por exemplo, deverá o médico expor a confidência de um paciente potencialmente homicida? Essa poderia ser uma das questões contempladas pelos princípios éticos básicos. Como referência, a teoria absoluta do Imperativo Categórico kantiano inspirou muitos bioeticistas à tomada de decisão pautada pelo acordo tácito ao código profissional.

Encontramos inúmeras teorias que buscaram “descobrir” um princípio que pudesse dar validade às ações morais de forma absoluta. Como referência, as teorias teológicas do judaísmo e do cristianismo depositam suas forças em Deus. Todas as ações deverão ser feitas para agradar a Deus, ou devem respeitar as leis de Deus, dessa forma, para as pessoas que pertencem a estes dois grupos de crentes, a lei moral natural é baseada na divindade, pois, mesmo tendo práticas diferentes, ambos concordam com a existência de uma ordem moral teológica. O fim último de quem acredita nesta comunidade religiosa é Deus. Olhando para a história do cristianismo, inúmeros são os casos em que o contrato, pacto entre Deus e homem,

regrava as ações sociais. Nesse caso, a estrutura moral universal é “descoberta” a partir da definição de uma fonte teológica, portanto, para Veatch, “exigências morais são mais uma parte do universo justamente como são certas relações naturais” (1981, p. 115), enquanto que Kant, por outro lado, assume que a descoberta para o fundamento moral acontece pelo uso da razão, a máxima da ação deve se tornar uma *lei universal da natureza*. Assim, os defensores dessa posição garantem uma base comum estruturando universalmente os julgamentos da ética médica.

Para muitos teóricos, os valores morais funcionam de forma absoluta, baseando-se em uma ordem natural, e se muitos acreditam que as proposições éticas têm um valor de verdade, sendo as pessoas capazes de acordo, é também possível encontrar um ponto de referência comum para os julgamentos morais na ética médica. Na visão do autor, os julgamentos médicos não devem ser baseados na consciência de A ou B, mas nos princípios éticos que guiam as associações, as instituições, tendo por objetivo uma base moral universal e poderia ser o caso da confidencialidade entre médico e paciente. A exemplo, se o médico constatar o perigo eminente nas declarações do paciente, como no caso do Dr. Moore, percebendo que as informações contidas nos relatos do paciente culminariam em um assassinato, então ele deve seguir os princípios que regem sua associação e não princípios que poderão ser aplicados ou não e, nesse sentido, uma posição universal para a ética médica deverá ser descoberta. Na visão de Veatch, o *contrato* poderia ser a base para uma estrutura moral comum entre todos os envolvidos nas decisões da ética médica, ou seja, médicos, enfermeiros, planos de saúde, Estado, agiriam em comum acordo, buscando sempre respeitar a liberdade de pensamento e ação, estruturando uma comunidade moral construída em conjunto “com a condição de que a força foi evitada e a liberdade respeitada” (1981, p. 118).

Na modernidade, Hobbes (cf. 2008) já havia mencionado esta estrutura política para fugir da guerra de todos contra todos através de contratos. Dessa forma, o estabelecimento de acordos entre os envolvidos garantiria os direitos, que em um estado de natureza não estaria garantido. Para garantir sua vida, e a vida de sua família, o indivíduo deveria abrir mão de sua liberdade e confiá-la ao Estado, porém, o empecilho desse contrato era a falta de igualdades, pois as partes contratantes normalmente são diferenciadas pelo poder de barganha por meio de seus bens, talentos e poder, aqueles que formam mais agraciados pela natureza se impõem sobre os menos agraciados (loteria natural). Apesar de não ter pensado nisso, Hobbes e também Locke estavam entre aqueles que buscavam descobrir um fundamento para a moral. Por outro lado, a ideia de uma comunidade moral pautada pelo contrato deveria ser “inventada” tendo por base um ponto de vista imparcial, imprescindível para a concretização de princípios básicos, não levando em conta habilidades, capacidades intelectuais ou riquezas, isto é, as pessoas encarregadas dos contratos devem tomar todas as outras como iguais. Essa ideia deriva da teoria contratual contemporânea de John Rawls (cf. 2002) baseada na posição original e no chamado “véu da ignorância”: “A criação de uma

estrutura contratual poderá fornecer uma base para a tomada de decisão na ética médica, sendo comumente reconhecida como legítima” (VEATCH, 1981, p. 120, tradução nossa).

Nesse viés, a aproximação entre aqueles que buscam descobrir um fundamento para problemas morais e aqueles que tentam inventar uma estrutura por meio do contrato parece não ser impossível, porém, o impasse maior está em como resolver problemas éticos. Na linha dos modelos científicos, a descoberta de leis da física, por exemplo, segue um modelo objetivo e imparcial entre observadores que se reconhecem finitos e falíveis, pois os melhores observadores são aceitos como ideais. Por outro lado, como encontrar observadores que descubram princípios morais confiáveis aos problemas da ética médica?

É necessário, dentro da ética médica, fazer uma articulação, que, por sinal, parece simples. Seres humanos reais, finitos e com um ponto de vista moral podem formular acordos ou contratos, sendo assim, a ética vê uma possibilidade de acordo entre os defensores das duas teorias contratuais. Aqueles cuja ética é rotulada pela lei de Deus ou da natureza (descobridores) juntar-se-ão àqueles proponentes da teoria do observador ideal (inventores), procurando expressões comuns, articulando princípios e práticas fundamentais (VEATCH, 1981, 124). Para o defensor de TC,

Há, portanto, uma moral constituída simbolicamente para a metáfora do contrato ou pacto. Há uma convergência entre a visão de pessoas que se unem para descobrir a preexistência de uma ordem moral e, a visão de pessoas que se unem para inventar uma ordem moral que leva em consideração o bem-estar de todos. [...] Há uma igualdade fundamental e recíproca na relação, algo que falta na condescendente filantropia dos códigos de ética profissional (1981, p. 125, tradução nossa).

É evidente que este contrato social básico não dará ao Dr. Moore a solução para seu dilema, pois os princípios, nesse nível do contrato, são muito gerais, o que nos distancia de uma certeza. O correto a fazer é desenvolver regras, diretrizes e direitos de reivindicações que permitam direcionar os princípios do contrato social básico para casos particulares. De uma forma geral, poderíamos pensar que, quando tratamos de casos da ética médica, todos, profissionais, pacientes e sociedade, deverão usar o bom-senso, reconhecendo o caso específico não como mais um caso, mas como um caso que possa fazer parte de uma estrutura ainda maior.

O segundo contrato: contrato entre sociedade e uma profissão

Podemos concordar que, no caso do Dr. Moore, há deveres especiais tanto por parte do profissional médico quanto do paciente, ou seja, o paciente espera que o médico não revele sua confidencialidade e o médico espera que o paciente seja honesto em suas declarações, no entanto, essa relação somente é possível na interação com o profissional; já nos processos cotidianos, não-profissionais, os deveres especiais não são exigidos e muito menos praticados. Nesse sentido, conceberíamos a profissão como o ambiente ideal para a aplicação e cobrança dos deveres, gerando um vínculo

mutuo de obrigações entre médico e paciente, isto é, em situações complexas, não estamos tratando de um encontro casual entre estranhos, mas sim entre indivíduos que possuem interesses convergentes, um, o paciente, buscando tratamento para seu caso clínico, o outro, o profissional, interessado em prestar assistência à saúde do paciente.

No pensamento de Veatch (1981), os pacientes fazem seus relatos porque confiam na confidencialidade do profissional, tendo em vista a existência de situações, envolvendo os pacientes que não podem ser ditas socialmente, para familiares, para amigos etc. Mas isso não quer dizer que cada profissional adotará uma postura, ou criará seus próprios deveres especiais, pensando que assim estará ajudando sua profissão. Outrossim, os deveres especiais entre médico e paciente não são oriundos de uma ética criada pelo profissional, mas são deveres morais desenvolvidos a partir de um contrato social básico que remonta a uma constituição histórica, isto é, são contratos aceitos tacitamente.

Na Grécia antiga, os curandeiros – os assim chamados “profissionais” da saúde – não possuíam nenhum tipo de código profissional e muito menos escolas para ensiná-los aos seus praticantes, dessa forma, cada um desenvolvia seus próprios métodos de tratamento, ademais, os pacientes não tinham conhecimento sobre a formação, a habilidade, o estilo e os hábitos de seu “médico”. Historicamente, somente a partir dos mandamentos hipocráticos – exigências em torno do desenvolvimento de uma cultura e de uma ideologia de associações de praticantes – foi dada aos pacientes a possibilidade de conhecer melhor seu “médico”.

Seguindo essa linha, a exigência de um acordo entre praticantes da medicina e os pacientes começou a tomar forma nos séculos 6 e 7 d.c, estabelecendo severas penas aos médicos que, após iniciado o tratamento, não procedessem segundo o que foi acordado. A exemplo, se durante um tratamento o paciente viesse a morrer, o médico não seria pago; se na sangria o paciente compromettesse sua liberdade, o médico deveria pagar uma quantia substancial. Dessa forma, iniciava-se uma estrutura de deveres na relação entre profissionais e pacientes (sociedade), esses deveres ou obrigações tinham por finalidade garantir a integridade física dos pacientes, bem como o dever de agir, por parte do médico, de forma responsável.

Nos séculos 11 e 12 d.c, o exercício da medicina ficou condicionada à aprovação em uma universidade ou faculdade, sendo assim, o médico deveria primar pela qualidade e por um nível mínimo de etiqueta exigido pela associação de estudantes e professores. O termo “Dr” (Doutor) – professor –, desde então, passa a ser a marca dos profissionais da medicina, porém, um contrato entre profissionais e sociedade realmente começou a existir no final da Idade Média, até então, a sociedade apenas recebia os benefícios à saúde, mas não participava da construção das regras e princípios dos profissionais da saúde. Este segundo contrato dá provas públicas de

que o profissional está licenciado para exercer seu contrato com a sociedade, ou seja, a sociedade somente aceitará o profissional quando ele cumprir todas as exigências impostas para sua formação. Segundo Veatch (1981), os deveres especiais dos profissionais da saúde podem ser fundamentados neste segundo nível do contrato social, levando em conta o bem-estar de cada pessoa que pensou as normas sociais básicas. “Dentro dessa estrutura, os membros da sociedade poderiam determinar, de tal modo, funções especiais; médicos ou pacientes carregariam direitos especiais e responsabilidades” (p. 130). A geração desse segundo contrato realiza-se dentro do contexto do contrato social básico, assim, ele será limitado pelos princípios éticos do contrato maior formado pela sociedade: “o acordo somente será aceito se os contratantes trataram os interesses de todos de forma igual”. Sendo assim, pelo contrato hipotético proposto por Rawls (cf. 2002), eles devem assumir o véu de ignorância, no contrato real, não ideal, os envolvidos seguem um ponto de vista moral para inventar ou descobrir princípios básicos, portanto, o ideal de relação entre paciente e médico pode ser estabelecido por deveres específicos dentro de um sistema social básico. Para que isso aconteça, mesmo que hipoteticamente, o acordo entre sociedade e profissão deverá ser guiado pelo princípio da igualdade e fundamentado na distribuição justa, conduzindo os profissionais à credibilidade de seus serviços de saúde, o que formula uma compreensão da função especial dos deveres dentro do contrato social básico, ou seja, em um acordo estabelecido entre sociedade e profissão, é possível definir a responsabilidade dos médicos sobre a alocação equitativa dos recursos da saúde.

No caso do Dr. Moore, há boas razões para a revelação, assim como há boas razões para se manter a confidência. Nessa perspectiva, o que a sociedade pode fazer é estabelecer um conjunto de deveres especiais sobre a área da confidencialidade ou limitar seus princípios. Se fosse constatado que um paciente, ao fazer uma confissão para seu médico, iria assassinar um grande número de pessoas, então, é provável que a sociedade concordaria sobre o dever de revelação. Sendo assim, Veatch (1981, p. 132, tradução nossa) afirma que: “exatamente onde o limite da isenção chega e quando os deveres especiais começam é provavelmente arbitrário. Sociedade e profissão podem, juntamente, considerar exatamente onde esta linha deverá ser desenhada”. Decisões unilaterais de um grupo de médicos, como aconteceu com o Dr. Moore, não devem definir qual é seu dever moral. Para o autor,

Os membros da sociedade têm um suporte legítimo na articulação entre os papéis-especiais dos deveres de cuidado profissional à saúde e os deveres recíprocos dos pacientes. Eles deveriam incorporar esses deveres no contrato feito com o profissional no período do licenciamento. [...] Os profissionais da saúde (não só estes) deveriam participar das decisões, estabelecendo o contexto desse segundo contrato [...]. Por fim, a sociedade delinearía os termos para garantir os privilégios do licenciamento (1981, p. 132-3, tradução nossa).

Nesse contrato ideal, a profissão que se sentir ofendida moralmente com seus termos podem recusá-los, cabendo a sociedade a reformulação deles, adequando-os as necessidades profissionais. Tais mudanças podem ser gradualmente introduzidas pela renovação das pessoas dentro das funções profissionais, uma das alternativas seria colocar limites para o tempo de formação, renovando-a a cada 5 anos – cursos de formação e reciclagem –, mantendo sempre um ponto de vista moral. Para isso, eles deveriam imaginar-se, assim como pensou Rawls, em *Uma teoria da justiça*, como hipoteticamente imparciais, assumindo *seu véu* da ignorância, ou seja, não sabem se são ou serão terapeutas, pacientes com tendências homicidas ou meramente espectadores,

Esse acordo tem a vantagem de permitir a reformulação das funções-específicas dos deveres da sociedade na relação com uma profissão, nesse caso, a profissão da saúde. Por fim, a tendência é tornar o contrato social ideal entre sociedade e profissão mais articulado, aproximando a estrutura moral de ambos, o que é, em princípio, acessível a todos e percebido por todos como legitimamente moral.

Esta proposta parece ser um reforço à teoria principialista, pois perpassa a ideia de que as decisões referentes aos deveres repousam, exclusivamente, sobre a profissão ou, sobre o profissional da saúde, dessa forma, o médico deve agir de modo a respeitar a autonomia do paciente, beneficiá-lo, não o prejudicar e ser justo, por isso, a sociedade, em sua grande parcela, acredita que o dever de cuidado repousa apenas sobre o profissional. “Ele tem o dever de ajudar!” Contudo, se, por meio de um acordo, for possível diminuir o dilema entre utilizar um ou outro princípio, teríamos, portanto, um ganho teórico e prático.

O terceiro contrato: contrato entre profissionais e pacientes

No contrato social básico, temos uma estrutura que apresenta um cenário de princípios éticos, por se tratar de uma teoria deontológica. Dentro desse primeiro contrato, estabelece-se uma estrutura a qual gera um conjunto de funções-específicas que são os deveres na relação entre profissão e sociedade, o chamado segundo contrato.

No terceiro contrato, as decisões que levam em consideração crenças e valores pessoais, deverão estar em harmonia com os outros dois contratos (contrato básico e profissão *vs* sociedade). Dentro da dimensão das escolhas sociais, próprias da sociedade liberal, paciente e profissional devem concordar mutuamente sobre todo o processo que marca o início e o final desta relação, assim, avaliações precisas e razoáveis deverão ser estabelecidas: Os riscos serão altos ou baixos? O tratamento será agressivo ou convencional? A ênfase é a preservação ou a terapia? Nessa relação, desenrolam-se questões variáveis, podendo ser reconhecidas universalmente como preferências de estilo de vida ou gosto, mas, também, como questões morais.

À luz desse terceiro contrato (profissional *vs* paciente) é possível evidenciar que algumas questões morais ficam fora do contrato social básico e do segundo contrato (profissionais *vs* sociedade). (a) Planos de saúde, contraceptivos e o uso de narcóticos para o controle da dor não precisam ser consideradas por *todos* para tornar-se uma questão de moralidade, são questões ambíguas. Isto é, alguns as veem como questões da moralidade, outros como meramente questões de prudência ou preferência, sendo que (b) os que levam em consideração os princípios do acordo, para resolver questões da moralidade, assumem um ponto de vista moral. Nesse nível, o princípio da liberdade permite estabelecer o que é moral, tendo por base as escolhas individuais, ao passo que o princípio da liberdade possibilita a compressão individual de como os princípios básicos se aplicam para casos individuais. Sendo assim, é completamente possível que as escolhas ambientadas na estrutura do contrato social e, até mesmo, as escolhas morais, pertençam aos médicos e aos pacientes. Na visão de Veatch (1981, p. 135, tradução nossa), “ambos, médico e paciente, devem ter o direito de fazer tais escolhas baseadas em suas próprias crenças e valores, bem como, possuir sua compreensão sobre as implicações do contrato social aos problemas específicos da ética médica”. O terceiro contrato não pode ser estruturado tendo por base apenas uma das partes da relação, logo, o acordo não deve ser unilateral, mas ambos devem participar da negociação, mas sem a interferência do poder ou barganha. Trata-se, pois, de um contrato recíproco entre profissional (grupos de profissionais, equipes etc) e paciente (o casal, a família, a comunidade etc), em que a relação seja de respeito, confiança e igualdade.

Qual é, portanto, a novidade neste terceiro contrato? Ele surge para preencher as lacunas do contrato social básico e do segundo contrato. A relação estreita entre médico e paciente possibilita uma compreensão maior sobre qual o tipo de tratamento é mais apropriado e, quais direitos estão em jogo. O acordo conjunto da relação garante a não violação das crenças, dos valores, das preferências de cada consciência, enquanto que o contrato social básico e o segundo contrato proporcionam aos pacientes amplos direitos e acesso às informações. Hoje, as pessoas leigas têm contatos com uma infinidade de leis, casos jurídicos que servem de exemplos na reivindicação de seus direitos dentro da relação do terceiro contrato (médico *vs* paciente), por isso é comum vermos grupos de pessoas reivindicando valores e crenças que considerem cruciais na relação médico-paciente. Alguns exemplos dessas situações podem ser encontrados nos movimentos feministas, referentes à saúde da mulher e o direito da mulher sobre seu próprio corpo e, também, em certos grupos religiosos, ao assumirem a bandeira do ‘pró-vida’. Não entraremos em discussão sobre esses possíveis temas, cabe a você pensar sobre eles e refletir se um acordo poderia justificar a escolha *prima facie* entre os quatro princípios da ética biomédica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos, portanto, na ideia de TC, pensada por Veatch, como uma teoria que reforçaria a melhor aplicação do principlismo na ética médica. Primeiramente, temos um contrato social, em que os contratantes levem seus pontos de vista moral como base para poder descobrir ou inventar os princípios éticos básicos para a sociedade. Esse contrato, mesmo sendo hipotético, é o melhor meio para conhecermos o contexto básico de um sistema ético. O segundo contrato, entre sociedade e profissão, é responsável pelas funções específicas de deveres entre pacientes e profissionais. Sua limitação gira em torno de ele não poder contrariar o contrato maior, no caso, o contrato social básico. Levando em conta esses dois contratos, o terceiro contrato entre paciente e profissional torna a aceitação dos termos do acordo como fundamentais nesta relação. “O resultado é uma teoria do contrato triplo na ética médica, em princípio, acessível a todos e aplicável para todos” (VEATCH, 1981, p. 138, tradução nossa).

Assim, como todas as teorias contratualistas, essa teoria do contrato triplo proposta por Veatch, não escapa as críticas, pois assume ares legalistas e subjetivistas, mas, quando aplicado à ética médica, sua análise possibilita um amadurecimento acerca dos dilemas sobre tomada de decisão, nele, sociedade, médico e paciente podem ter uma visão conjunta para os possíveis resultados da decisão tomada, ademais, até mesmo os princípios biomédicos poderiam ser melhor compreendidos e aplicados de forma mais razoável. Mesmo que hipoteticamente, uma teoria contratual garantiria mais objetividade aos casos que envolvem dilemas éticos, pois são pessoas reais, finitas e com um ponto de vista moral que fundamentam as práticas e intervenções médicas, sendo assim, não há, para o caso do Dr. Moore, uma solução imediata ou definitiva. Poderíamos concluir que houve, por parte do profissional da saúde, uma avaliação deficiente do diagnóstico do paciente, ou, talvez, falta de princípios e deveres que deveriam fazer parte de um acordo prévio entre sociedade, médico e paciente, evitando, dessa forma, um desfecho trágico. TC orientaria o Dr. Moore a escolher, dentro do principlismo, o princípio que melhor se aplica ao caso. Por fim, se pudéssemos definir, em comum acordo, após analisar os três níveis de TC, qual princípio deve ser aplicado ao caso, levando em consideração o estado mental do paciente, o perigo de suas intenções e o julgamento do terapeuta, poderíamos ter uma preferência pela beneficência e não pela autonomia.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 6ª ed. New York: Oxford University Press, 2009.

_____. *Princípios de Ética Biomédica*. 5ª ed., Tradução de Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

DALL'AGNOL, D. *Bioética*. Rio de Janeiro: Ed. DP & A, 2004.

HOBBS, Th. *Leviatã: ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil*. 3º ed. São Paulo: Ícone, 2008.

PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C. *For the Patient's Good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press, 1988.

PETRY, F. Princípios ou virtudes na bioética. *Controvérsia*, v.1, nº 1, jan – jun 2005. Disponível em: <<http://www.controversia.unisinos.br/index.php?e=1&s=1>>. Acesso em: 18/01/2017.

RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. 2º Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

VEATCH, R. *A Theory of Medical Ethics*. New York: Basic Books, 1981.