

Bioética – e agora, o que fazer?

Bioethics – what are we to do now?

William Saad Hossne* (Coordenador)

INTRODUÇÃO

Esta seção tem por objetivo analisar e discutir questões bioéticas, a partir de casos específicos, que podem ser reais ou hipotéticos. Apresentando o caso, solicita-se a manifestação de pós-graduandos e docentes do Programa de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado do Centro Universitário São Camilo. Trata-se de atividade de interação entre corpo docente e corpo discente do Programa. A seção é aberta a todos os interessados. A coordenação do Programa de Pós-graduação solicita e agradece a colaboração dos leitores, enviando relatos de caso.

Situação

Um médico está na parada gay, e um homem tem uma parada cardiorrespiratória por *overdose*, necessitando de reanimação com respiração boca a boca. Ele tem um ferimento na boca com sangramento. Segundo dizem, é HIV positivo. O sujeito é homossexual e, por fazer parte de um grupo de risco, o médico se vê em uma situação complicada. Deve ou não realizar a respiração? Mas e o juramento feito? Há risco de contágio, já que o homem faz parte do grupo de risco. A situação envolve uma atitude pessoal e profissional que demanda um “imediatismo de conduta”, sem espaço preliminar de reflexão ética diante da situação-problema: deve ou não realizar a respiração? Deve correr o risco de contágio? Muito embora o “fato” pareça ser um problema, devemos ampliar nosso olhar no tocante às implicantes e interpretações que dele decorrem, pois envolve pessoas, tomadas de decisões e consequências, fazendo uma proposição de maneira prudente. **E agora, o que fazer?**

Luciana Bertachini

PARECER 1

“A AIDS surge no começo dos anos de 1980, e suas características epidemiológicas trazem consigo uma série de aspectos que mobilizam a esfera social e moral, para além das questões de ordem médica.”

Wolfgang e Portinari¹

Arend² traz uma interessante revisão da literatura, mostrando que cerca de 50% dos médicos negar-se-iam a realizar respiração boca a boca em estranhos, e 7-14% não ventilariam vítimas com AIDS. Outros estudos mostram, também, que, enquanto 68% dos entrevistados fariam compressões torácicas em uma desconhecida vítima de parada cardiorrespiratória, apenas 15% realizariam ventilação boca a boca, confirmando que o medo de contrair

doenças transmissíveis, especialmente o HIV, ainda é o maior fator de impedimento de atendimento com o uso dessa manobra.

Sabe-se que qualquer doença transmissível pode ser adquirida durante a reanimação cardiorrespiratória básica e, apesar da enorme quantidade de doenças potencialmente transmissíveis, somente relatos de incidentes isolados têm sido publicados.

Desde a primeira experiência médica de utilização da respiração boca a boca, em 1744, apenas a transmissão de poucas doenças – tuberculose, *Neisseria meningitidis*, *Herpes simplex*, *Helicobacter pylori*, *Shigella sonnei* e *Salmonella infantis* – estão documentadas na literatura. Nenhum caso de transmissão de hepatite ou HIV está descrito, em 254 anos.

* Médico. Professor Emérito (Cirurgia) da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Medicina, *campus* Botucatu-SP, Brasil. Membro da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Membro do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO. Coordenador do Programa *Stricto sensu* em Bioética (Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado) do Centro Universitário São Camilo-SP, Brasil. E-mail: posbioetica@saocamilo-sp.br

Sabemos que três condições potencializam a transmissão do HIV: a) a vítima ser HIV positivo; b) existir sangue visível na cavidade oral da vítima a ser socorrida; c) contato efetivo do sangue ou secreções da vítima com o do socorrista.

Sabe-se, ainda, que a prevalência de HIV na população brasileira adulta (entre 15 e 49 anos) é 0,6%. Considerando que o sangue visível na saliva ou na secreção gástrica está presente em cerca de 7% das reanimações e que microlesões na mucosa oral do socorrista podem estar presentes em até 50% das vezes, é de se esperar que o contato sangue da vítima / lesão do socorrista (contato sangue-sangue) seja possível.

A soroconversão ocorre em 0,3% dos casos de contato sangue-sangue contaminado. Assim, a chance de contaminação, após a respiração boca a boca, pode ser estimada em aproximadamente: 1:1.580.000, ao socorrer um adulto na população em geral; 1:9.500, ao socorrer uma vítima sabidamente HIV positiva; 1:650, ao socorrer uma vítima sabidamente HIV positiva com sangue visível na cavidade oral.

A frequência com que o HIV tem sido transmitido pela via oral é extremamente baixa. O risco de infecção depende, portanto, do tamanho do inócuo, frequentemente pequeno na via boca a boca. Atente-se para o fato de, na saliva, existirem substâncias que podem reduzir a probabilidade de infecção, sem, no entanto, saber quantificá-la. Muitos estudos questionam essa inativação do vírus pelas substâncias contidas na saliva, pois seria preciso de pelo menos 30' de exposição à saliva antes do contato, o que torna o processo, na prática, no mínimo duvidoso.

Como profissional médico, conhecemos os procedimentos necessários após o contato com a vítima, como, por exemplo, limpar as regiões que entraram em contato com sangue e fluidos corpóreos e iniciar profilaxia medicamentosa se indicada.

A ideia de que a tentativa de salvar uma vida pode causar a morte ou a exposição a riscos de quem socorre não é agradável – é assustadora, fazendo com que princípios fundamentais da Bioética se imponham: não maleficência, beneficência e autonomia.

Considerando o caso, hipoteticamente como médico, justifico as minhas obrigações, além do código de ética profissional.

Usarei meu poder para ajudar os doentes com o melhor de minha habilidade e julgamento; abster-me-ei de causar danos ou de enganar a qualquer homem com ele (p. 189)³.

Também devemos promover o bem-estar, maximizando os benefícios e minimizando os danos possíveis.

Sir David Ross, que estabeleceu o conceito de dever *prima facie*, propunha que quando houver conflito entre a Beneficência e a Não-Maleficência deve prevalecer a Não-Maleficência (p. 21-2)⁴.

Para o princípio da autonomia, concordamos com Marco Segre⁵, que, ao nos advertir que a condição de autonomia plena é utópica, sofremos grande quantidade de influências que nos condiciona em vários aspectos, além de nossas próprias experiências individuais.

Voltando à cena do caso, qualquer indivíduo – e não só o médico – que presencia uma parada cardiorrespiratória não vai se lembrar dos dados estatísticos apresentados, mas agirá de acordo com os aspectos morais, talvez de fraternidade, envolvidos na situação, movido por impulso de respeito ao bem maior, que é a preservação da vida.

Assim, na hipótese de aplicar a respiração boca a boca, deverá também aplicar manobras básicas de reanimação cardiorrespiratória, sabendo dos reais riscos de infecção a que está se expondo. Isso o conduzirá, logo após o socorro à vítima, a procurar diagnósticos, profilaxia, tratamento apropriado e maneiras para lidar com a ansiedade associada ao risco de transmissão de doenças.

Porém, se não desejar realizar a respiração boca a boca na presença de sangue, isso não o exime da responsabilidade de providenciar socorro, fazer a abertura das vias aéreas e realizar compressões torácicas externas.

Ainda com dúvida sobre o que fazer, fui à busca da opinião de outros médicos, que transcrevo a seguir.

Médico 1

Puxa... que situação complicada, mas podemos discutir algumas questões sobre essa situação crítica:

1. Num evento que reúna grande número de pessoas, sempre deve haver “aparato” para auxílio a situações de urgência / emergência. A respiração boca a boca é o procedimento menos urgente nesse momento. Pelos critérios / protocolos atuais de reanimação cardiorrespiratória, o mais importante é manter a circulação (“bomba cardíaca”), mesmo em detrimento à ventilação;

2. Não havendo qualquer aparato que auxilie a assistência nesse momento, deve-se manter a “bomba” cardíaca em funcionamento (massagem cardíaca externa) e transferir o paciente para local adequado para a assistência,

pois a atenção sem suporte não trará qualquer benefício ao assistido;

3. Após o atendimento ao paciente, a realização de teste rápido pode contribuir para o encaminhamento mais adequado da conduta;

4. Sendo absolutamente imperiosa a realização da respiração boca a boca, entramos numa discussão da qual não tenho certeza absoluta, mas me lembra uma situação extrema: não se pode expor a risco uma vida em detrimento a outra já sob risco crítico (numa operação de salvamento, por exemplo, não se pode expor os agentes de salvamento a risco desnecessário e desmedido). De qualquer forma, acredito que seja uma discussão longa e que não tem, ainda, uma definição clara. Outra possibilidade é fazer a respiração boca a boca e buscar, em seguida, a profilaxia antirretroviral, caso o paciente realmente seja infectado pelo HIV. É uma possibilidade. Poderíamos, ainda, mudar a questão: ao invés de ser um paciente supostamente HIV-positivo (pois a situação é colocada como sendo “supostamente” HIV-positivo – “segundo dizem ele é HIV-positivo”), se o paciente fosse um paciente com infecção pelo vírus rábico ou por “Ebola”, qual seria a conduta? É uma discussão com muitas considerações a serem feitas.

Médico 2

Levando-se em consideração o novo código de ética médica, o capítulo segundo, Direitos dos Médicos, em seu parágrafo quarto, diz ser de direito do médico “Recusar-se a exercer sua profissão em instituições pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina”. Ainda, nesse mesmo capítulo, o parágrafo nono enfatiza que é direito do médico “Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. Acredito que, na situação acima descrita, está claro que há risco potencial de haver prejuízo à saúde de quem for assistir o paciente, obviamente considerando que o logradouro público possa ser considerado uma instituição pública. Se não, basta considerar se a consciência do assistente lhe permite correr riscos maiores do que a certeza do benefício.

Eu faria o máximo esforço para procurar socorro adequado.

Médico 3

Você sabia que nos últimos guidelines de reanimação cardiovascular o foco é a massagem cardíaca? Você deve imediatamente solicitar que liguem para o SAMU e iniciar massagem cardíaca.

Quanto à respiração boca a boca, fica complicado, caso você não tiver alguma proteção, um insulfilme por exemplo.

Será que estou certo?

Diríamos, por fim, que o estímulo de liberdade de opinião e ação vem necessariamente acompanhado de vínculos éticos. É importante, e não só para o médico, que se tenha claro em seu íntimo quais são os seus limites, pessoais e profissionais, em todas as situações, inclusive essa. A autonomia que vai apoiar as decisões médicas também será limitada pelo código de ética da profissão.

Refletir apenas apoiado nesse código é tentar andar em um pé só... Conhecendo cientificamente os riscos, conhecendo a si próprio e sua determinação emotiva em fazer o bem, o respeito à vida e à pessoa, será muito mais fácil decidir no momento dos fatos.

REFERÊNCIAS

1. Wolfgang S, Portinari D. Três Letras e seus discursos: HIV, design e prevenção. IX Simpósio Interdisciplinar do LaRS: palavras e coisas. Rio de Janeiro: Editora PUC; 2011 [acesso 28 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.simposiodesign.com.br>
2. Arend CF. Transmission of infectious diseases through mouth-to-mouth ventilation: evidence-based or emotion-based medicine? Arq Bras Cardiol. 2000 Jan [cited 2011 May 26];74(1):86-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2000000100008&lng=en&cnrm=iso
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4a ed. New York: OUP; 1994.
4. Ross WD. The right and the Good. Oxford: Clarendon; 1930.
5. Segre M. Entrevista para o Centro de Bioética CREMESP. [acesso 28 Mai 2011]. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=36>

Sandra Cristina Perez Tavares

Enfermeira Especialista em Moléstias Infeciosas e Parasitárias. Mestre em Bioética. Administradora Hospitalar. Responsável Técnica dos Serviços de Enfermagem na Divisão de Apoio ao Diagnóstico e Terapêuticas do Instituto de Infecologia Emilio Ribas. E-mail: sandra.tavares@emilioribas.sp.gov.br

PARECER 2

Primum non nocere: a quem?

Segundo Hossne¹, para a elaboração e equacionamento de uma questão bioética, necessitamos de pontos de referência. Para tanto, propôs a “teoria dos referenciais”. Para o caso em questão, faremos algumas considerações e reflexões sobre dois pontos de referência: não maleficência e beneficência. Os referenciais, contudo, não oferecem respostas definitivas, mas facilitam a identificação de fatos moralmente relevantes, propiciando a base para uma discussão adequada.

O termo “negligência” se aplica a várias formas de não cumprimento de uma obrigação, incluindo a não prevenção de riscos de danos a outros². Na ética médica, o princípio de não maleficência, o qual determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente, esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: “Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano”.

Gillon³ considera esse um princípio moral, segundo o qual um indivíduo deve evitar causar danos a outros, extremamente importante. Esse princípio, entretanto, não é absoluto e não necessariamente deve ter prioridade em casos de conflito com outros princípios morais. Quando se tem uma obrigação moral de beneficência, o princípio de não maleficência (não causar danos) tem que ser considerado naquele contexto, da mesma forma que este princípio pode estar em conflito com o princípio de respeito pela autonomia. Essas complexidades são negadas pela simplicidade e talvez por uma formulação fictícia de *primum non nocere*, contudo, quando a expressão é despidida dessa simplificação exagerada, o *prima facie* princípio *non nocere* é vital para a ética médica.

Na prática médica, encontramos que geralmente a beneficência e maleficência devem ser considerados e “ponderados” juntos³.

O escopo do dever da beneficência, segundo Beauchamp e Childress², é definido como: excetuando-se relacionamentos morais especiais, tais como contratos, uma pessoa X tem obrigação de beneficência em relação a uma pessoa Y se e somente se cada uma das seguintes condições forem atendidas:

1. Se Y está em risco significativo de perder a vida, de sofrer um dano de saúde ou ter algum outro interesse importante prejudicado;

2. Se a ação de X é necessária (individualmente ou em conjunto com outros) para prevenir perda ou dano;

3. Se ação de X (individualmente ou em conjunto com outros) tem alta probabilidade de evitar a perda ou o dano;

4. Se a ação de X não representaria riscos, custos ou ônus significativos para X;

5. Se o benefício que Y obtenha exceder os danos, os custos ou fardos que recairão sobre X.

Holm⁴ argumenta que a cláusula 4, que reflete a moral Americana comum, afirma que o dever de beneficência existe apenas quando pode ser efetivado sem que implique risco significante, custo ou fardo. Para o autor, parece estranho afirmar que o dever moral da beneficência só pode ser operado se puder ser realizado sem um risco significante. O autor argumenta que, para o dever da beneficência ter qualquer significado, tem que pelo menos conter a noção da possibilidade de sacrifício dos interesses pessoais para a realização do dever.

O autor chama atenção também para a cláusula 5, em que, sob interpretação rigorosa, implica que nunca seria moralmente requerido de uma pessoa colocar a própria vida em risco para salvar uma outra pessoa, a menos na situação de contrato especificada no preâmbulo da definição. Talvez isso possa ser verdadeiro dentro do contexto Americano ou mesmo Britânico, mas, para muitos países, como é o caso do Brasil, os médicos respondem pelos seus deveres profissionais mesmo que nenhum contrato de trabalho tenha sido estabelecido.

O artigo 1º do capítulo III do Código de Ética Médica dispõe que: é vedado ao médico “causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”⁵.

Sob a ótica voltada à prática da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), é importante pontuar que as diretrizes de 2010 do *American Heart Association* para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) destacam que “embora os profissionais tenham um papel a desempenhar no processo de tomada de decisões durante a ressuscitação, eles devem guiar-se pela ciência, as preferências do indivíduo ou de seus representantes, bem como pelas exigências legais e dos programas de ações locais”. Essas diretrizes recomendam uma alteração na sequência de procedimentos de A-B-C (via

aérea, respiração e compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea e respiração) em adulto, crianças e bebês. Isso em função de que muitas vezes as compressões torácicas são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar a respiração boca a boca e enquanto recupera o dispositivo de barreira.

Diante do exposto, o profissional médico em questão com certeza está ciente do código de ética médica e, como pontua Hossne⁶, seria muito mais confortável resolver um dilema médico mediante consulta a um código, ou a princípios construídos até mesmo por “bioeticistas”. Entretanto, o autor nos remete à expressão “ética de reflexão autônoma”, a qual indica “a personalidade e a individualidade da reflexão ética, na qual o ‘sujeito’, mediante introspecção, trazendo à tona sentimentos muitas vezes conflitantes, procura pensar ‘sua’ solução para esses conflitos”. Obviamente, a situação em questão traz à tona esses conflitos em relação à tomada de decisão por parte do médico.

Como enfatizado na própria descrição do caso, a situação demanda um “imediatismo de conduta”, não havendo espaço para uma reflexão ética. De qualquer forma, a ética pressupõe uma condição essencial *sine qua non* – liberdade de escolha, que por sua vez implica responsabilidade em relação a essa escolha.

É interessante notar que, qualquer que seja a conduta do profissional, existe uma via de mão dupla em relação à máxima *primum non nocere* e aos pontos de referência beneficência e não maleficência; ou seja, caso a opção seja realizar a respiração boca a boca, existe o risco de causar dano a si próprio. Caso contrário, estaria colocando em risco a vida do outro. Nesse contexto, outros pontos de referência entram “em jogo”: a autonomia e a prudência. Na literatura, encontramos argumentos em que beneficência desaparece quando comparado com o respeito pela autonomia e não maleficência. Certamente, o indivíduo que teve a parada cardiorrespiratória fez uma escolha em relação a seu estilo de vida, sabendo que fazer uso de drogas gera consequências e riscos e mesmo assim optou por utilizá-las. De certa forma, o exercício da sua autonomia coloca em risco, nessa situação, não somente sua própria vida, mas também a do médico, que, por sua vez, também terá que fazer uma opção.

A situação também demanda prudência, outro ponto de referência, que apresenta como característica (entre outras): “levar a não fazer o que não deve ser feito, mas também a fazer o que deve ser feito e fazê-lo na justa medida, sem excessos e sem deficiência”¹.

Em um mundo ideal, o médico deveria ter ciência das novas diretrizes sobre os procedimentos de RCP e ter consigo o dispositivo de barreira (visto que deveria ter conhecimento dos riscos envolvidos). Dessa forma, ele poderia acionar o serviço de emergência e iniciar a RCP com compressões torácicas e ventilação (respiração boca a boca). Caso não tenha o dispositivo de barreira, poderá acionar o serviço de emergência, iniciar as compressões torácicas e avaliar os prós e contras de fazer a respiração boca a boca. A opção de não fazer a respiração boca a boca poderá acarretar outras implicações, visto que a má prática médica pode gerar responsabilidade civil ou penal, por exemplo, um juiz poderá, baseado nas diretrizes, considerar má prática o fato de o médico não ter a máscara de proteção e não ter realizado a respiração boca a boca.

REFERÊNCIAS

1. Hossne WS. Dos referenciais da Bioética – a Prudência. Rev Bioethikos. 2008;2(2):185-96.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
3. Gillon R. “Primum non nocere” and the principle of non-maleficence. BMJ. 1985;291:130-1.
4. Holm S. Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics. J Med Ethics. 1995;21:332-8.
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina – CFM. Código de Ética Médica. Resolução n. 1.931, de 17 de setembro de 2009. DOU, Brasília, 24 de setembro de 2009.
6. Hossne WS, Segre M. Dos referenciais da Bioética – a Alteridade. Rev Bioethikos. 2011;5(1):35-40.

Maria Ines Nunes

Doutoranda em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo. Mestre em Ciências da Saúde, pela St George’s Hospital Medical School – Universidade de Londres. Bacharel em Enfermagem pela EEUSP. Especialização em Administração Hospitalar pela Universidade de Saúde Pública da USP. E-mail: minesnunes18@gmail.com

PARECER 3

Estudos realizados têm demonstrado que a falta de informação e os preconceitos sexuais estão sempre presentes, e com muita violência, provocados pela epidemia da Aids. Os homossexuais já foram tidos como o único grupo de risco, depois foram acrescentadas as prostitutas e também os toxicodependentes. Embora os homossexuais, as prostitutas e os dependentes químicos sejam pessoas consideradas com comportamento de risco, sabe-se que a homossexualidade não constitui o reduto da Aids. Essa é uma compreensão que vem sendo revista devido à doença se propagar entre os diversos estratos da sociedade. Atesta a publicação de Sandra Kiefer¹, provinda de um relatório de Direitos Humanos, que a Aids é hoje uma epidemia fora de controle. Nesse caso, a humanidade inteira tornou-se um grande grupo de risco. Essa informação pode ser verificada também no DATASUS.

Deve-se estar atento também para questões terminológicas, pois elas podem contribuir para o debate, bem como corroborar mentalidades que não fazem mais sentido. Não se usa mais a expressão “grupo de risco” para a Aids, porque qualquer pessoa, em tese, está exposta à doença. Assim, a terminologia mais adequada para designar os homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis é “comportamento de risco”, porque está provado que não é o fato de ser gay que endossará a presença de HIV, mas o comportamento da pessoa. Só se fala em grupo de risco quando aquela parcela da população está sujeita à doença. Um exemplo, nesse caso, pode ser dito em relação às mulheres, nas quais pode exclusivamente haver câncer de útero, dada à impossibilidade desse tipo de doença em homens.

Essa ressalva, porém, não exige da complexidade de considerar o dilema exposto, até mesmo se tomado numa análise de um público mais amplo, o que torna o risco ainda maior por se caracterizar um ambiente de multidão, de desconhecidos, onde supostamente todos são suspeitos.

Ao dilema proposto e ao marco da gravidade já exposta acrescentaria mais um fator. Caso ele fosse um cristão convicto, o princípio misericórdia o impulsionaria ou o obrigaria ainda mais a ser solícito nessa hora de sofrimento, o que aumentaria o seu risco. Saindo dessa polarização, esse breve escrito traz a reflexão acerca de sujeitos envolvidos em conotações morais invisíveis, tendo que agir pela liberdade de consciência.

Ao agir de acordo com a própria consciência, qualquer atitude do médico seria visível e invisível, porque, mesmo estando envolto à multidão, seria também um desconhecido, pois essa é uma característica própria dos ambientes de massa. Pode-se dizer que nessa situação, nessa hora, ele estaria sozinho, supostamente sem conhecidos por perto, restando apenas forças morais invisíveis. Estaria, apesar da multidão, sozinho com a sua consciência. Muitas coisas o impulsionariam a fazer a respiração: o seu juramento, que promete “aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade”^{a,2}, a vida entregue em suas mãos, sendo talvez o único capacitado no momento para salvar aquela vida, a solidariedade cristã subjacente à sua formação moral. Em contrapartida, tem-se o risco sempre eminente para ocasiões de grandes aglomerações e de pessoas desconhecidas. Nessa circunstância, estaria o médico a sós com ele mesmo.

Para casos dessa natureza, o ensinamento proposto pela Igreja Católica pode ser um contributo, ao trazer um importante marco referencial normativo com o Concílio Vaticano II, realizado entre os anos 1962-1965. Esse Concílio reconheceu o valor da liberdade de consciência, que é o direito de a pessoa agir segundo a norma reta da sua consciência, e o direito de não agir contra ela. “A consciência é o núcleo secretíssimo e o sacrário do ser humano, no qual está a sós com Deus, cuja voz ressoa no mais íntimo dela. Quanto mais, pois, prevalecer a consciência reta, tanto mais as pessoas e os grupos se afastam de um arbítrio cego”³. Nenhuma palavra externa substitui o juízo e a reflexão da consciência.

A consciência se caracteriza como a voz interior que manifesta ao homem as categorias de bondade ou maldade no modo de agir, para que faça o bem e evite o mal. Pode ser vista como o juízo da razão pelo qual a pessoa humana julga a qualidade moral de um ato concreto que fez, está fazendo ou pensa fazer. Nesse sentido, a voz da consciência acusa o ato realizado quando esse merece louvor e aprovação ou desaprovação, de acordo com os critérios individuais ou os parâmetros ditados pela sociedade. Agir com liberdade de consciência tem a ver, por conseguinte, com a capacidade de o indivíduo constituir ideias e fazer juízos sobre si mesmo e sobre o meio externo que o circunda.

a. Juramento de Hipócrates.

A liberdade de consciência pode ser definida como a liberdade do indivíduo em adotar uma escolha própria: que pode ser um pensamento íntimo ou público, de pensar e dizer o que crê ser verdadeiro. Tal liberdade é expressão primária ou ponto de partida para todas as outras. A liberdade de consciência constitui o núcleo básico, de onde derivam as demais liberdades de pensamento. Não se pretende discutir aqui os fundamentos da liberdade, mas ter claro que ela é a força determinante para qualquer ação humana. Nesse caso, quando o indivíduo opta pela decisão que lhe é conveniente, ampara-se nesse princípio básico e norteador das relações humanas.

A liberdade de consciência é um direito conquistado há tempos, e o Estado não pode interferir e nem coagir essa esfera íntima do indivíduo. Antes, deve prover meios efetivos de formação autônoma da consciência das pessoas. Nem mesmo um código de ética profissional ou uma moral religiosa devem privar ou cercear a liberdade da pessoa, pois se trata de um direito humano fundamental que antecede aos outros. A liberdade individual da pessoa não pode ser cerceada pela maioria, pela imposição de sua própria moral. A Constituição brasileira⁴, no seu artigo 5º, garante ampla liberdade ao indivíduo tanto na perspectiva de direitos individuais quanto coletivos.

Quando alguém faz uso de seu direito à liberdade criticamente, ou faz valer seu direito ao livre desenvolvimento da personalidade, assegurado pela Constituição, por meio de crenças, uso de roupas, cortes de cabelo, ou de outro comportamento não condizente com seu ofício ou sua moral, sempre desagradará a muitas pessoas.

Previendo isso, deve-se renunciar qualquer fundamentação de punição, no intuito de resguardar a liberdade e idoneidade da pessoa. De outro modo, pode-se pensar que o princípio que garante a coexistência pacífica entre

os cidadãos é o mesmo que garante ao profissional a liberdade de agir ou não em determinados casos. O fato de ele ser qualificado profissionalmente não deve obrigá-lo a uma ação, mesmo que, conscientemente, corra o risco de ser impingido como um ofensor da moral pública.

Em suma, a liberdade de consciência permite ao cidadão formar seus próprios juízos, ideias ou opiniões sobre si mesmo, sobre atitudes adequadas e sobre o mundo que lhe circunda. Possibilita ao cidadão construir sua própria moral, mesmo sendo ele participante de uma comunidade moral ou seu devedor. Ao indivíduo obriga-se não causar o mal, mas o bem ele não é obrigado. Pelo que consta, o juramento do médico não diz que ele precisa colocar sua vida em risco para salvar o outro. Fica, portanto, para a escolha do médico a atitude que melhor lhe convém tomar. E cabe, nesse sentido, ao Estado garantir sua proteção e respeitar esse juízo de consciência edificado e formado por ele, não tolhendo quaisquer direitos do ser humano em razão de seus pensamentos.

REFERÊNCIAS

1. Kiefer S. Coquetel cria geração de sobreviventes, mas portadores do HIV ainda sofrem preconceito. *Jornal Estado de Minas*, de 1 Ago 2011; p. 19-21.
2. Pessini L, Barchifontaine CP. *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola; 2000.
3. *Gaudium et Spes*. Constituição Dogmática Sobre a Igreja. In: *Compêndio do Vaticano II*. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
4. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.

Rogério Jolins Martins

Doutorando em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo-SP. E-mail: rjolinsmartins@gmail.com