

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/340285698>

# Bioethics and the Principlism of Beauchamp and Childress: Notions, Reflections and Criticisms

Article · March 2020

DOI: 10.34119/bjhrv3n2-093

---

CITATIONS

3

---

READS

375

2 authors:



[Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta](#)  
Federal University of Rio de Janeiro

44 PUBLICATIONS 20 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Arthur Santana De Paulo](#)  
Federal University of Rio de Janeiro

4 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

**Bioética E O Princípio de Beauchamp E Childress: Noções, Reflexões E Críticas<sup>1</sup>****Bioethics and the Principlism of Beauchamp and Childress: Notions, Reflections and Criticisms**

DOI:10.34119/bjhrv3n2-093

Recebimento dos originais: 05/02/2019

Aceitação para publicação: 26/03/2020

**Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta**

Doutorando e Mestre em Bioética, em Ética Aplicada e em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista CAPES, compõe o Grupo de Pesquisa do CNPq de Bioética Clínica - Ética e os Cuidados em Saúde (UFRJ). Endereço: Rua Horácio Macedo S/N, Cidade Universitária, Rio de Janeiro-RJ.  
oswaldojrm@hotmail.com

**Arthur Santana de Paulo**

Doutorando e Mestre em Bioética; em Ética Aplicada e em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Endereço: Rua Marechal Deodoro 88, Centro, Petrópolis – RJ  
arthur.paulo@mprj.mp.br

**RESUMO**

No presente trabalho foi realizada uma análise histórico-conceitual da Bioética e do Princípio de Beauchamp e Childress, no qual, buscou-se demonstrar noções, propor reflexões e debater as críticas. Conclui que o Princípio de Beauchamp e Childress constitui importante vertente bioética ao fornecer meios eficazes, práticos e imperativos para resolução dos conflitos morais.

**Palavras-Chave:** Bioética, Princípio, Moral.

**ABSTRACT**

In the present work, a historical-conceptual analysis of Bioethics and Principlism by Beauchamp and Childress was carried out, in which we sought to demonstrate notions, propose reflections and debate criticisms. It concludes that Beauchamp and Childress' Principlism constitutes an important bioethical aspect in providing effective, practical and imperative means to resolve moral conflicts.

**Keywords:** Bioethics, Principlism, Moral.

**RESUMEN**

En el presente trabajo, se llevó a cabo un análisis histórico-conceptual de Bioética y Principlismo por Beauchamp y Childress, en el que buscamos demostrar nociones, proponer reflexiones y debatir críticas. Concluye que el Principlismo de Beauchamp y Childress constituye un aspecto bioético importante al proporcionar medios efectivos, prácticos e imperativos para resolver conflictos morales.

---

<sup>1</sup> Parte da Dissertação de Mestrado de Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGBIOS) sob orientação da Profa. Dra. Marisa Palácios (UFRJ) e coorientação da Profa. Dra. Suely Marinho (UFRJ).

**Palabras clave:** Bioética, Principlismo, Moral.

## 1 INTRODUÇÃO

*“Veja o mundo num grão de areia, veja o céu em um campo florido, guarde o infinito na palma da sua mão, e a eternidade em uma hora da vida.”*

**William Blake (1757-1827)**

Dissertar academicamente sobre Bioética e o Principlismo de Beauchamp e Childress é uma atividade bastante desafiadora. A compreensão de conceitos, aplicabilidade desta importante corrente bioética e as críticas, obviamente, requerem um estudo aprofundado.

Nesse sentido, há de se destacar que o presente trabalho se restringirá a demonstrar noções, propor reflexões e debater as críticas da corrente bioética principlista proposta por Beauchamp e Childress, não encerrando o assunto. Acredita-se que tal análise poderá contribuir para que os demais pesquisadores possam se debruçar em aprofundamentos teóricos sobre o tema.

## 2 COMPREENDENDO A BIOÉTICA

Contextualizar historicamente a bioética facilitará o entendimento desse campo não apenas teórico, mas acadêmico e das *práxis*, como ensinam Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009, p.13)<sup>1</sup>. Dessa forma, em consonância com esses autores, dois eventos são fundamentais para o surgimento da bioética:

O primeiro seria a reflexão do oncologista estadunidense Van Ressenlaer Potter, que em 1970 propôs o nome e a concebeu como a “ponte” entre a ciência da natureza e as humanidades, enfatizando a união entre os componentes que ele considerava como os mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, o conhecimento biológico e os valores humanos; o segundo, a fundação, pelo ginecologista e obstetra holandês radicado nos Estados Unidos André Hellegers, do Kennedy Institute of Ethics, vinculado à Georgetown University, na cidade de Washington nos Estados Unidos, no mesmo ano (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA 2009, p. 14-15)

Esses marcos não podem ser compreendidos sem que analisemos os fatores histórico-sociais que os precedem, uma vez que as reflexões que antecedem o nascimento da bioética têm origem nas pesquisas que envolvem seres humanos “nas quais a associação entre epidemiologia e clínica ocupa lugar de destaque tanto em frequência como em relevância” (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 15). Essas preocupações estavam centradas a princípio nas intenções do agente, embora já observassem o “link” que se instauraria entre saúde pública, cuidado da saúde e bioética.

Por conseguinte, as tensões nas pesquisas científicas e as tensões na prática clínica são pilares importantes para um melhor entendimento do nascimento da bioética. Verificaremos, portanto, alguns fatos marcantes ocorridos nesse campo, já que o desenvolvimento das ciências biomédicas se sustentou em experimentos científicos utilizando-se seres humanos sem preocupação ética, como os fatos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial.

Um dos fatos marcantes na história de “cobaias humanas” em prol do desenvolvimento da ciência foi o ocorrido na cidade de “Tuskegee”. Refere-se a um estudo realizado no Condado de Macon, Alabama, Estados Unidos da América, entre 1932 e 1972 sobre sífilis não tratada em homens negros, em que foram envolvidos seiscentos seres humanos, dos quais 399 possuíam sífilis e um grupo controle com 201 homens que não possuíam esta patologia. Assim, afirma Bonfim (2010)<sup>2</sup>:

A intenção da experiência era observar a evolução da sífilis, livre de tratamento. Todos os sífilíticos estavam com a doença em estado avançado quando o estudo começou. No decorrer dos longos anos do estudo, os participantes não foram informados que tinham sífilis, nem sobre o que a doença poderia causar (BONFIM, 2010, p.4-5).

Muitos artigos científicos foram publicados após essa pesquisa e o estudo teve acompanhamento das autoridades sanitárias nos “National Institutes of Medicine”, embora na década de 1940 a penicilina já existisse e fosse indicada para o tratamento dessa patologia. Ainda assim, as pesquisas continuaram com a mesma metodologia. Durante o estudo não foram testadas novas drogas nem foram realizados estudos sobre tratamentos já utilizados. Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2009) afirmam que:

Embora as pesquisas realizadas durante a Segunda Guerra Mundial pelos principais países envolvidos no conflito (incluindo EUA e

Inglaterra) tenham tido grande repercussão global – especialmente no âmbito da discussão sobre o que se poderia e o que não se poderia fazer com seres humanos -, o fato é que não foram suficientes para efetivamente mudar a forma como cientistas em geral viam a questão (REGO, PALÁCIOS E SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.18).

Após o final da Segunda Guerra mundial foi instituído o Tribunal de Nuremberg para que os nazistas fossem julgados. Este Tribunal julgou, em 9 de dezembro de 1946, “vinte e três pessoas - vinte das quais, médicos - que foram consideradas criminosas de guerra, pelos brutais experimentos realizados em seres humanos”, dando origem a dez normas que deveriam nortear as pesquisas com seres humanos, sendo o consentimento informado peça fundamental. Trata-se do Código de Nuremberg, considerado o primeiro documento internacional para a regulação da ética em pesquisa. O primeiro item do documento, remete-se ao consentimento informado:

1. O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomarem uma decisão. Esse último aspecto exige que sejam explicados às pessoas a natureza, a duração e o propósito do experimento; os métodos segundo os quais será conduzido; as inconveniências e os riscos esperados; os efeitos sobre a saúde ou sobre a pessoa do participante, que eventualmente possam ocorrer, devido à sua participação no experimento. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento repousam sobre o pesquisador que inicia ou dirige um experimento ou se compromete nele. São deveres e responsabilidades pessoais que não podem ser delegados a outrem impunemente [...] (CREMESP, 2015)<sup>3</sup>.

Isto posto, o consentimento informado passou a ser fundamental para a realização de pesquisas com seres humanos, a fim de que sejam evitadas arbitrariedades através do uso da “força, fraude, mentira e coação”. Quando falamos em tensões na prática clínica, precisamos compreender o importante papel do avanço científico durante o século XX. A assistência à saúde ficou mais complexa “sendo, inclusive, rediscutida e recomposta em termos de cuidados da saúde -, e passou a demandar respostas morais adequadas à nova realidade. ” (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p.20).

Podemos destacar como fato histórico de extrema importância o primeiro transplante de coração, ocorrido em 3 de dezembro de 1967, na África do Sul, realizado pelo médico Christian Bernard, que surpreendeu o mundo ocasionando novas reflexões sobre quando se dá a morte.

O coração é considerado, pelo senso comum, como a sede dos sentimentos e da memória, e transplantá-lo era visto quase como equivalente a criar uma quimera, ou seja, um monstro composto por partes de diferentes tipos de animais! Ademais, diretamente associado a esse evento houve a redefinição do próprio conceito de morte, posto que para se transplantar o coração era preciso que ele estivesse em atividade (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 23)

A partir desse importante marco uma comissão de especialistas reuniu-se na escola médica de Harvard (Estados Unidos da América) para elaborar um novo conceito: a morte encefálica, que ocorre antes da parada cardíaca.

Após quatro anos do transplante cardíaco, no ano de 1971, o professor e oncologista norte-americano Van Ressenlaer Potter publica a obra *Bioethics: bridge to the future* em que compreende a bioética como uma ligação ou ponte para o futuro, correlacionando as ciências humanas e da natureza. Nesse sentido, a bioética surge a partir da necessidade de refletir sobre essas importantes transformações que começam a ocorrer nas práticas de saúde a partir da incorporação da tecnologia na medicina, como ilustra o primeiro transplante cardíaco. “Bioética, antes de tudo, refere-se a direitos e conquistas, não a imposições ou restrições em nome de valores considerados éticos e moralmente bons para alguns”. (DINIZ; GUILHEM, 2006, p. 69)<sup>4</sup>.

Em especial, foram as tensões na ética em pesquisa, com os relatos de estudos anti-éticos e a mobilização de opinião pública, que levaram o Governo americano a instalar a “National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research” (NCPHSBBR) em 12 de julho de 1974, cujo objetivo era definir os princípios que deveriam regular a ética em pesquisa. Anos mais tarde, em 1978, a Comissão Nacional finaliza o documento que ficou conhecido como Relatório Belmont (1978), que dentre suas propostas estavam a abordagem de pequenos grupos considerados vulneráveis ou situações peculiares de pesquisa, num documento abrangente e doutrinário. Pela primeira vez, através deste relatório, foram nominados os princípios que deveriam servir de base para a avaliação da pesquisa científica: “respeito às pessoas”, “beneficência” e “justiça”.

Fundamental na história da Bioética foi a publicação em 1979 do livro *Principles of Biomedical Ethics* escrito por Beauchamp e Childress, apresentando a teoria principialista da Bioética, especialmente voltada para a ética na área da saúde. Esta obra também pode ser considerada alicerce em que se baseia a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96<sup>5</sup>, atualizada pela Resolução 466/12<sup>6</sup>, que regulamenta a ética em pesquisa no Brasil. Importante destacar que a proposição do termo “bioética” teve como um dos marcos o artigo *Bioethics, science of survival* do Potter, datado de 1970 (neologismo *Bioethics*).

### 3 PRINCIPALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS

A bioética pode ser analisada sob vários modelos ou correntes de análise teórica, cada uma delas com suas vantagens e desvantagens. A corrente principialista da Bioética se aproxima do Relatório Belmont publicado em 1978 que estabeleceu como princípios basilares da ética na pesquisa científica a beneficência, respeito pelas pessoas e justiça.

Tom L. Beauchamp era um dos participantes da Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais e se associou a James F. Childress (teólogo e filósofo) para lançarem em 1979 o livro “Princípios de Ética Biomédica”. Nessa obra os autores trabalham com os quatro princípios gerais e fundamentais para orientar as decisões morais em questões biomédicas.

Os princípios são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. É necessário destacar que os princípios propostos não são absolutos nem há hierarquia entre os mesmos, portanto, recebem a denominação de “prima-facie”, o que significa que são consideradas obrigações morais, mas, às vezes, quando aplicados a uma dada situação podem entrar em conflito, havendo a necessidade de realizar uma ponderação entre eles para encontrar o princípio que prevalece ou que tenha mais força na situação dada. Nesse processo de ponderação, a argumentação tanto para a escolha de um princípio preponderante quanto para o abandono de um princípio deve estar claramente apresentada.

Ademais, é necessário realizar a especificação desses princípios, isto é, definir qualitativamente as normas gerais aos casos através de especificações tais como “as circunstâncias”, “quem”, “o quê” e “quando”? Ou seja, especificar o significado, alcance e escopo das normas gerais (conteúdo), de um lado, e seu peso e força, de outro (CHILDRESS, 2009, p. 69)<sup>7</sup>. Através desse expediente metodológico, impossibilita-se que um princípio se sobreponha ao outro sem que haja fundamentação com alicerce seguro.

Quanto aos princípios, segundo Beauchamp e Childress (2002)<sup>8</sup>, a beneficência é compreendida pela obrigação moral de agir em benefício do outro, princípio este que nos remete ao juramento hipocrático; ou seja, fazer o bem. No juramento em questão, feito pelo médico, não havia compromisso com os anseios do paciente na tomada de decisões, mas no dever a ser cumprido pelo médico, uma postura de proteção ao paciente.

No modelo proposto pelos autores, a beneficência implica em fazer o bem e analisarmos a efetividade e os benefícios desta atitude. Este princípio pode ser considerado como sendo a obrigação moral de agir auxiliando os demais de acordo com seus interesses e proporcionando o bem-estar deste.

Todavia, devemos destacar a existência de uma linha tênue entre os princípios da beneficência e da não-maleficência, uma vez que o primeiro exige além da conduta não danosa, o dever de agir positivamente, em algo benéfico para o paciente contrariamente à apenas não causar dano, no caso da não-maleficência.

Neste aspecto devemos lembrar o famoso Juramento de Hipócrates (CRM/SP-2015):

Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: [...] Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam[...]

Dessa forma, observamos o compromisso com a promoção do bem-estar dos pacientes firmado pelos médicos neste compromisso que fundamenta e justifica a medicina, diferentemente da não-maleficência, que tem como prerrogativa evitar ações prejudiciais. A não-maleficência é entendida pelo dever de não causar intencionalmente dano ao indivíduo, máxima também atribuída a Hipócrates. Podemos interpretar, desta forma, que não é admitido prejudicar os interesses de alguém.



Tal princípio está intimamente relacionado às discussões sobre o processo de fim de vida, quanto à distinção entre matar e deixar morrer e a relevância moral dessa distinção (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009). Dentre as discussões sobre a não-maleficência, temos aquela relacionada à abstenção e a retirada de tratamento de suporte de vida. Assim, como interpretar ou balancear esses princípios diante de uma situação em que teremos o conflito entre continuar investindo ou não em suporte tecnológico de vida para um paciente em fase terminal da doença?

Como são muitos os possíveis danos causados, o princípio de não maleficência abriga muitas regras morais, tais como “não causar dor ou sofrimento, não causar incapacitação a outros, não causar ofensa a outros e não matar, não despojar outros dos prazeres da vida” (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p.214). São diversos os debates que tratam o princípio da não-maleficência quando discute a abstenção (não dar início) do suporte de vida e a interrupção dos tratamentos:

Muitos profissionais e membros de famílias pensaram estar justificados ao rejeitar tratamentos aos quais nunca deram início, mas não em interromper tratamentos já iniciados. Eles julgam que as decisões de interromper tratamentos são mais importantes e mais graves que as decisões de não os iniciar. Suspender um respirador, por exemplo, parece causar a morte de uma pessoa, enquanto não colocar um respirador parece uma decisão médica prudente. Contudo, seriam tais crenças justificáveis? (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 214)

Os autores afirmam que o desconforto dos profissionais de saúde com a interrupção dos tratamentos de suporte de vida parece refletir a ideia de que essas ações os tornam responsáveis – e, portanto, culpáveis – pela morte do paciente, enquanto não são responsáveis se não derem início ao tratamento. (BEAUCHAMP E CHILDRESS 2002, p. 218). Outra questão refere-se ao fato de que, quando se inicia um tratamento, cria-se expectativa em relação a família e ao paciente, gerando desconforto aos profissionais de saúde que criam para o paciente e familiares expectativas de melhora do quadro clínico ou cura, o que nem sempre ocorre.

Na concepção dos autores, “interromper um tratamento particular, incluindo o de suporte de vida, não envolve necessariamente o abandono do paciente. A interrupção deve seguir diretrizes do paciente e ser acompanhada e seguida de outras formas de cuidado, conforme Beauchamp e Childress (2002):

A distinção entre a abstenção e a interrupção do tratamento também pode, em alguns casos, levar a um prolongamento excessivo do tratamento, ou seja, a um prolongamento excessivo do tratamento que não é mais benéfico ou desejável para o paciente (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p. 219).

Concluem que a distinção entre não iniciar ou interromper o tratamento é moralmente irrelevante já que um tratamento que possa ser omitido, poderá também ser interrompido. Beauchamp e Childress (2002) argumentam que tanto no discurso filosófico ou em tradições religiosas muitos parâmetros desenvolveram-se para a não-maleficência na assistência à saúde. Especialmente quando estamos no âmbito da decisão por determinado tratamento ou pela decisão pelo não-tratamento:

Vários parâmetros tradicionais baseiam-se fortemente nas seguintes distinções:

1. Entre a rejeição e a interrupção de um tratamento de suporte de vida;
2. Entre um tratamento comum e um tratamento extraordinário (ou heroico);
3. Entre alimentação artificial e tecnologias médicas de suporte de vida;
4. Entre efeitos pretendidos e efeitos meramente previstos (BEAUCHAMP E CHILDRESS, 2002, p.217).

Beauchamp e Childress (2002) defendem que todas essas distinções não podem ser sustentáveis pois “não há diferença relevante e devem ser substituídas pela distinção entre formas de tratamento obrigatórias e opcionais por uma concepção da relação custo-benefício”. (p.217). Essa relação custo-benefício refere-se ao custo social, prolongamento do sofrimento do paciente para um benefício questionado. Será realmente benéfico prolongar a dor do paciente?

Ao estudarmos o princípio da autonomia (de origem grega cujo significado é “autogovernar”), verifica-se a necessidade de reconhecer o direito do indivíduo de agir com base em suas crenças e valores pessoais, de forma que o indivíduo faça suas escolhas de acordo com o que acreditar ser o mais adequado para seus anseios.

Assim é necessário que os indivíduos decidam por si mesmos com argumentos sólidos, após reflexão e entendimento sobre o que está decidindo (REGO; PALÁCIOS E SIQUEIRA-

BATISTA, 2009, p.110). Este princípio nos remete à autodeterminação da pessoa em tomar decisões acerca da sua vida, decisões relacionadas a sua saúde e a sua integridade física-psíquica, bem como em suas relações pessoais.

Certamente pressupõe liberdade de escolha, de agir conforme o que acredita ser o melhor para si. Como afirma Kant em seu imperativo categórico: “o ser humano é um fim em si mesmo”. Ser autônomo não significa “individualismo”, uma vez que os limites da autonomia estão estabelecidos no respeito ao outro e ao coletivo (TORRES, 2007)<sup>9</sup>.

Importante destacarmos que a manifestação do princípio da autonomia é o “consentimento livre e esclarecido”, como por exemplo nos casos em que o indivíduo pode recusar uma proposta de tratamento que possa afetar sua integridade física-psíquica e deve ser dado livremente quando o indivíduo é esclarecido e entende as razões pelas quais deve tomar uma decisão (TORRES, 2007, p.1).

Finalmente, o princípio da Justiça diz respeito a um tratamento equitativo, justo e apropriado, levando em consideração aquilo que é devido às pessoas e regulando as relações do Estado com os cidadãos. Essas normas distribuem benefícios de forma equilibrada e justa e tem base aristotélica em que devemos tratar os iguais de forma igual enquanto os não iguais de maneira não igual.

Por fim, devemos compreender que a vertente principialista, embora mais discutida, não é a única e os demais modelos existentes ou outros que possam surgir devem ser somados e debatidos aos já existentes de forma a enriquecer o estudo e auxiliar na solução de conflitos bioéticos. Muitas críticas existem em relação a aplicabilidade de princípios, como por exemplo, a necessidade de universalização ou generalização para todos os casos. Nesse sentido, alguns filósofos afirmam que é incompatível apreciar um caso que seja similar a um outro que já foi “julgado moralmente” porque são situações diversas.

Defensores de normas morais gerais sublinham frequentemente, contra os casuístas, que as normas são importantes na identificação de semelhanças e diferenças entre casos relevantes (CHILDRESS, 2009, p.74)

Desse modo, os casuístas se opõem a esse tipo de análise uma vez que, em seu entendimento, esses princípios são aplicados a todos os casos e não por análise particular de cada caso. No entanto, Childress (2009) afirma ser possível que:

Uma abordagem que vê ambos os julgamentos de casos particulares e normas morais gerais é tão importante no raciocínio moral que eles estão dialeticamente ou dialogicamente relacionados - cada um pode, potencialmente, modificar e corrigir o outro em um esforço para alcançar uma maior coerência. Finalmente, as abordagens baseadas em princípios podem reconhecer a importância de casos solucionados, os chamados casos paradigmáticos sobre os quais existe um forte consenso moral (CHILDRESS, 2009, p. 73-74).

Outra crítica afirma que essa vertente bioética serve apenas para análise de dilemas morais. No entanto, Childress (2009) defende que:

As abordagens baseadas em princípios reconhecem que muito, ainda mais, da vida moral é uma questão de fazer o que se reconhece ser o certo, obrigatório ou bom, sem qualquer perplexidade sobre o que se deve fazer e sem apelo direto aos princípios. No entanto, quando surgem conflitos ou situações novas [...] os princípios são importantes (CHILDRESS, 2009, p.74).

Uma crítica também relacionada ao principialismo de Beauchamp e Childress alega que eles se concentram em “o que vamos fazer” ao invés da questão “o que deve ser feito”. Esses críticos direcionam suas afirmações ao questionamento de virtude e caráter. “Os defensores do primado da virtude e caráter costumam considerar que um profissional virtuoso pode discernir o curso de direito de ação na situação sem dependência de princípios” (CHILDRESS, 2009, p. 75).

Portanto uma pessoa virtuosa fará o que é certo. Para Childress (2009, p. 75), aqueles que defendem o principialismo, ao contrário, vão justificar que: “não há garantia de que as pessoas boas vão discernir o que é certo [...] Além disso, as pessoas que são geralmente boas podem nem sempre desejar fazer o que é certo”.

Ademais, afirma o autor, esses princípios morais podem guiar a conduta quando acompanhados de sanções e também podem ajudar a determinar as virtudes que devem ser desenvolvidas, já que muitas virtudes se correlacionam com princípios e regras - por exemplo, a benevolência com beneficência.

Assim essas críticas sugerem desafios a serem enfrentados pelo principialismo de Beauchamp e Childress, embora os proponentes considerem que possam “acomodar as críticas mais importantes e convincentes, sem abandonar os princípios”. (CHILDRESS, 2009, p. 75)

#### 4 PARA NÃO CONCLUIR

O Princípio de Beauchamp e Childress, escola bioética baseada no uso dos princípios como modelo explicativo, constitui importante vertente bioética ao fornecer meios eficazes, práticos e imperativos para resolução dos conflitos morais. Percebemos que os princípios defendidos pelos autores são fundamentais para análise de cada caso em particular, embora as críticas aos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça possam estar presentes.

Demais pesquisas sobre o tema poderão favorecer ao conhecimento aprofundado sobre o Princípio aqui debatido e certamente proporcionarão maior solidez aos argumentos favoráveis e contrários a esta corrente.

#### REFERÊNCIAS

1. REGO, S. et al. *Bioética para profissionais de saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. v. 1. p.110.
2. BONFIM, J. R. *Estudo Tuskegee e a falsa pesquisa de Hwang: nas agendas da mídia e do público*. Unesco. 2010. Disponível em: <[http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista\\_1/Ribeiro.pdf](http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/Ribeiro.pdf)> Acesso em: 18 jul. 2015.
3. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2009). *Código de Ética Médica*. RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009”. Publicada no D. O. U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D. O. U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173, Brasil.
4. DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é Bioética?* São Paulo: Brasiliense, 2006.
5. BRASIL. *Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

6. BRASIL. Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013.
  
7. CHILDRESS, J. *A Principle-based Approach*. In: *A Companion to Bioethics* (H. Kuhse & P. Singer, eds.), Oxford: Blackwell Publishers Ltd. p. 67-76, 1998.
  
8. BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo; Editora Loyola, 2002.
  
9. TORRES, A. F. *Bioética: O princípio da autonomia e o termo de consentimento livre e esclarecido*. Jornal do CRM-PB Nº 72, abr./jun. 2007.