

## PROVA ESCRITA – PROCESSO SELETIVO PARA O MESTRADO PPGBIOS 2025

### 1. Aponte os marcos históricos para o surgimento da bioética

Para obter os 2,5 (valor total da questão) era preciso apontar pelo menos 5 marcos históricos.

O surgimento da bioética é um fenômeno complexo e multifacetado, com raízes em diversas transformações sociais e avanços científicos do século XX.

- ⇒ Van Rensselaer Potter (1970): o oncologista estadunidense Van Rensselaer Porter é reconhecido por ter proposto o termo “bioética” e é concebido como “ponte” entre a ciência da natureza e as humanidades, enfatizando a união entre o conhecimento biológico e os valores humanos.
- ⇒ André Hellegers (1970): no mesmo ano, o ginecologista e obstetra holandês André Hellegers fundou o Kennedy Institute of Ethics, vinculado à Georgetown University, nos Estados Unidos, marcando um ponto de institucionalização do campo;
- ⇒ Preocupações com pesquisa em seres humanos: as reflexões que viriam a conformar a bioética surgem, em grande medida, das preocupações com as repercussões de pesquisa envolvendo seres humanos, indicando uma “ponte originária” entre a clínica e a epidemiologia/saúde pública.
- ⇒ Desastre de Lübeck (1930): um teste com a vacina BCG em cem crianças na Alemanha, sem consentimento, resultou na morte de 75 delas. Este episódio levou a criação de diretrizes em 1931, embora insuficientes para conter os abusos da II Guerra Mundial.
- ⇒ Estudo de Sífilis em Tuskegee (1932-1972): Nos EUA, 399 negros com sífilis não foram tratados mesmo após a disponibilidade da penicilina, e o acesso à intervenção foi impedido. O estudo só foi suspenso em 1972 após denúncia da imprensa, resultando em um pedido de desculpas presidencial em 1997. Este caso evidenciou que a comunidade científica justificava ações em nome do avanço do conhecimento, independentemente do desrespeito a tratados e convenções morais vigentes.
- ⇒ Pesquisa Abusivas no Brasil: o livro cita exemplos de pesquisas no Brasil onde pacientes tiveram medicações suspensas e substituídas por placebo, ou crianças foram expostas a riscos sem benefícios adequados, o que demonstra que a questão da ética em pesquisa persistiu.
- ⇒ Tensões na Prática Clínica: o avanço tecnológico na medicina e a complexidade da assistência à saúde geraram novos conflitos e dilemas morais.
- ⇒ Comitê “Vida ou Morte” em Seattle (1962): diante da escassez de recurso para diálise renal, um comitê leigo decidia quais pacientes teriam acesso ao tratamento. Este caso evidenciou que o princípio da sacralidade da vida era insuficiente para resolver a questão, exigindo a utilização de outros valores/critérios.
- ⇒ Transplante de órgão e UTI: a necessidade de decidir quem terá acesso a órgão para transplantes ou vagas em UTI, onde os recursos são escassos, levanta dilemas sobre justiça distributiva. O acesso desigual aos serviços de saúde e a um diagnóstico preciso é uma das causas de injustiças, pois pessoas com pior situação socioeconômica têm menos chances de entrar na fila de transplantes.
- ⇒ Redefinição do conceito de morte: o primeiro transplante cardíaco (Christiaan Barnard, 1967) levou a redefinição do conceito de morte de “parada cardíaca” para “morte encefálica” por uma comissão da Harvard Medical School. Essa mudança questionou não apenas o conceito biológico de vida, mas a própria ideia de “pessoa”.
- ⇒ Caso Karen Ann Quinlan (1975): o caso da jovem em coma persistente, cujos pais solicitaram a retirada do suporte ventilatório, levou à criação de comitês de ética hospitalares e destacou a importância das diretrizes antecipadas.

No Brasil:

- ⇒ Pós-constituição de 1988: a redemocratização e o reconhecimento de liberdades individuais e coletivas criaram um ambiente propício para a difusão da bioética.
- ⇒ Resolução 01/1998 do CNS: primeira tentativa de regulamentar eticamente pesquisas com seres humanos no Brasil.
- ⇒ Revista Bioética (CFM, 1993): marco importante para a disseminação do tema no país.
- ⇒ Sociedade Brasileira de Bioética (SBB, 1995): impulsionou a divulgação e o debate na área.
- ⇒ Resolução 196/1996 do CNS: regulamentou pesquisas com seres humanos no Brasil, sendo crucial para a difusão da bioética no meio acadêmico, muitas vezes associada ao princípalismo.
- ⇒ Inclusão da Bioética na graduação: a decisão de incluir a bioética nas diretrizes dos cursos de graduação na área da saúde com um conteúdo e uma competência desejável para os graduados.

## 2. Descreva os princípios da corrente bioética do Princípioalismo

Para obter os 2,5 (valor total da questão) era preciso apontar os quatro conceitos, descreve-los e apontar o método de sua aplicabilidade.

⇒ O Princípioalismo é a corrente bioética mais estruturada e difundida. Baseada no Relatório Belmont (1978) e sistematizada por Beauchamp e Childress (2002). Ela se fundamenta em quatro princípios considerados *prima facie* (não absolutos, igualmente válidos e passíveis de ponderação em situação de conflito). São eles:

- **AUTONOMIA:** se refere ao governo pessoal do indivíduo, que é livre de interferências controladoras de outros e de limitações pessoais que prejudiquem a escolha, com a compreensão inadequada. Respeitar um agente autônomo significa reconhecer o direito da pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em seus valores e crenças pessoais. No contexto da saúde, implica apresentar de forma clara e transparente o que se passa com o paciente e as opções de tratamento, respeitando sua decisão sobre o que ele entende ser melhor para si. Isso pressupõe que os desejos do paciente podem ser diferentes daqueles que o profissional considera como a melhor alternativa do ponto de vista biomédico.
- **NÃO MALEFICÊNCIA:** exprime a obrigação de não infligir dano a alguém intencionalmente. A máxima "*primum non nocere*" (primeiro não causar dano), atribuída a Hipócrates, é central e este princípio. Dano pode ser compreendido como a ação de contrariar, frustrar ou interpor obstáculos aos interesses de alguém. Este princípio está intimamente ligado aos debates sobre o fim da vida, questionando se causar a morte ou deixar morrer, ou o efeito duplo (morte acelerada para alívio do sofrimento), pode ser justificado.
- **BENEFICÊNCIA:** implica ações positivas a obrigação de fazer o bem. Diferentemente da não maleficência (que evita ações prejudiciais), a beneficência se manifesta em regras como proteger e defender os direitos dos outros, atuar para que outros não sofram danos, eliminar condições que causam danos, ajudar pessoas inaptas e socorrer pessoas em perigo. No cuidado da saúde e na pesquisa, a beneficência se traduz na realização de um balanço favorável entre riscos e benefícios potenciais das ações propostas, identificando quem será afetado.
- **JUSTIÇA:** no Princípioalismo, a justiça refere-se à justiça distributiva, ou seja, à forma como os ônus de ônus (recursos disponíveis, riscos e benefícios) são distribuídos de maneira equitativa. Critérios como "a cada um uma parte igual", "a cada um a parte que atenda às suas necessidades", "a cada um a parcela que merece (contribuição/esforço/papel social)" ou "a cada um de acordo com o sorteio" podem ser utilizados para decidir a ação mais justa.

Para o Princípioalismo, o método mais adequado para aplicar esses princípios às situações concretas é o balanceamento, que permite tratá-los como obrigações morais *prima facie*. Isso significa que que, em situações de conflito, deve-se ter argumentos muito consistentes para infringir um princípio em detrimento de outro, justificando por que ele foi rejeitado ou sobreposto naquela situação específica sem haver uma hierarquia pré-determinada.

\*\*\*\*\*

### 3. Discuta a relação bioética e a autonomia da paciente para a tomada de decisão

Para obter os 2,5 (valor total da questão) era preciso apontar as contradições e tensões impostas a autonomia do paciente no momento da tomada de decisão e modelos possíveis para superá-las .

Historicamente, a relação profissional – paciente tem sido marcada por um modelo paternalista, onde o profissional (especialmente o médico) detinha a autoridade e tomava decisões em nome do paciente. No entanto, a bioética propõe uma reestruturação dessa relação, enfatizando o respeito à autonomia da pessoa.

No âmbito do princípalismo, autonomia é compreendida como o governo pessoal do eu, livre de interferências controladora de outros e de limitações pessoais que impeçam a escolha (como a compreensão inadequada). Respeitar um paciente autônomo significa reconhecer o direito dele de ter suas próprias opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em seus valores e crenças pessoais. Isso vai além de uma atitude respeitosa, exigindo ações que sustentem a capacidade do paciente de escolher autonomamente.

Apesar da importância do princípio, o respeito à autonomia ainda é frequentemente questionado na prática da saúde. É comum ouvir profissionais que creem que “o paciente não entende o que é melhor para ele” ou que seu saber técnico os isenta da necessidade de ouvir as preferências do paciente. Essa postura paternalista, embora muitas vezes bem-intencionada (motivada pela beneficência), é uma manifestação de ignorância, preconceito e desconsideração com o paciente. Reduzir a compreensão do paciente a um “diagnóstico” de “não entendeu”, “doença mental” ou “fundamentalista religiosa” desqualifica sua capacidade de autodeterminação.

Para que o respeito à autonomia seja efetivo, o profissional deve:

- ⇒ Apresentar informações claras e transparentes: o paciente precisa ser informado sobre seu estado de saúde e as opções que a ciência biomédica oferece.
- ⇒ Garantir a compreensão: a linguagem deve ser acessível ao nível cultural do paciente, e um esforço criativo deve ser feito para superar quaisquer dificuldades de entendimento.
- ⇒ Reconhecer as perspectivas do paciente: o que o saber biomédico considera a “melhor alternativa” pode não ser o mais adequado aos desejos, valores e perspectivas de futuro do paciente. Respeitar a autonomia significa aceitar que o paciente pode ter valores e priorizar que são diferentes dos do profissional.
- ⇒ Buscar o Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Na pesquisa e na clínica, o consentimento deve ser livre (sem constrangimentos, garantindo o acesso à assistência independentemente da participação no estudo) e esclarecido (com compreensão dos objetivos e procedimentos).

Mesmo em situações onde a autonomia do paciente está diminuída ou ausente (crianças, pacientes inconscientes ou com distúrbios mentais), a bioética orienta que as decisões sejam tomadas com base no diálogo franco e honesto com os envolvidos (pacientes, familiares, equipe de saúde). Em casos onde familiares pedem para não informar o paciente sobre seu diagnóstico ou prognóstico, a regra geral é respeitar a autonomia do paciente, salvo por razões muito fortes e bem fundamentadas.

A relação entre bioética e autonomia não é apenas sobre acatar desejos, mas sobre uma reestrutura do cuidado, onde o encontro clínico individual é inserido na dimensão da saúde pública, buscando o bem do paciente em sua integralidade, considerando seu contexto social, valores e projeto de vida. O desafio é ir além da neutralidade moral da ciência e reconhecer que a decisão envolve a capacidade de cada indivíduo busca sua autodeterminação e seu projeto de felicidade.

\*\*\*\*\*

#### 4. Identifique as diferenças entre um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP e um Comitê de Bioética Hospitalar - CBH

Para obter os 2,5 (valor total da questão) era preciso apontar as características de cada um deles e o que os diferencia.

##### COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

- ⇒ **Finalidade principal:** “defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”. Eles são criados especificamente para avaliar e acompanhar projetos de pesquisa que envolvem seres humanos.
- ⇒ **Origem e regulamentação:** no Brasil, sua difusão ocorreu a partir da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, inspirada a Declaração de Helsinque (1975) da Associação Médica Mundial.
- ⇒ **Composição:** devem ser multidisciplinares, com participação de profissionais de diversas formações (incluindo ciências humanas e sociais) e, obrigatoriamente, um representante dos usuários da instituição. Não pode ter mais da metade de seus membros de uma única categoria profissional.
- ⇒ **Atuação:** analisam protocolos de pesquisa antes de seu início e acompanham sua execução, assumindo corresponsabilidade moral e legal pela pesquisa. A análise dos protocolos é feita com base na teoria Principlista (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça). Eles garantem que o consentimento seja livre e esclarecido, que o balanço de riscos e benefícios seja favorável aos benefícios, e que haja equidade na distribuição de riscos e benefícios, especialmente protegendo populações vulneráveis.
- ⇒ **Independência:** é crucial para que os interesses de pesquisa, patrocinadores ou instituições não se sobreponham à proteção dos sujeitos de pesquisa.

##### COMITÊS/COMISSÕES DE BIOÉTICA HOSPITALAR – CBH

- ⇒ **Finalidade principal:** embora não sejam legalmente obrigatórios no Brasil, sua criação é pertinente para melhorar a qualidade do cuidado e o processo de trabalho em saúde. Seu objetivo central é “melhorar o cuidado oferecido ao paciente”.
- ⇒ **Origem:** a primeira comissão de bioética hospitalar surgiu em Seattle, em 1962, no contexto da disputa por vagas para hemodiálise. O caso Karen Ann Quilan (1975) impulsionou sua criação, embora inicialmente houvesse confusão sobre as funções (juízo clínico vs. Juízo ético). Nos EUA, sua formação foi estimulada a partir de 1983 por comissões presidenciais.
- ⇒ **Composição:** são necessária multiprofissionais e multidisciplinares.
- ⇒ **Funções cumulativas:**
  - **Educativa:** para a própria comissão, equipe de saúde e população em geral, por meio de boletins, internet, “rounds éticos” e eventos.
  - **Formuladores de políticas:** estabelecimento ou revisão de determinações institucionais sobre manutenção/suspensão de tratamento e reanimação.
  - **Consultiva (pareceres éticos):** oferecem pareceres sobre casos clínicos complexos que suscitam questões morais de difícil solução. Podem ser demandados por membros da equipe de saúde, pacientes ou familiares (e capelães em instituições com assistência religiosa). Suas recomendações são contribuições para a reflexão não usurpam a responsabilidade do profissional, e atuam como facilitadores do diálogo.
- ⇒ **Contexto brasileiro:** a tradição paternalista na medicina brasileira e a prevalência do médico como detentor da autoridade têm dificultado a plena aceitação e o funcionamento dessas comissões, que buscam promover o respeito à autonomia do paciente e uma reflexão crítica que integre as dimensões biológicas, sociais e individuais.

Enquanto os CEPs são focados na ética em pesquisa e na proteção dos participantes de estudos científicos, com regulamentação mais formal, os CBHs atuam no âmbito da prática clínica, lidando com dilemas de pacientes e equipe, promovendo a reflexão ética, educação e, em alguns casos, a formulação de políticas institucionais, com uma abordagem mais ampla e multidisciplinar.

\*\*\*\*\*