

## **INFEÇÕES NOSOCOMIAIS: DA EPIDEMIOLOGIA À BIOÉTICA**

LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES: DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA A LA BIOÉTICA.  
INFECTIONS NOSOCOMIAL: FROM EPIDEMIOLOGY TO BIOETHICS.

**Felipe Martins Leão<sup>1</sup>, Ramiro Délio Borges Meneses<sup>2</sup>**

Fecha de recepción: 20.07.2015

Fecha de aceptación: 13.03.2016

---

### **RESUMO**

Neste texto, o autor apresenta in genere as linhas orientadoras do princípalismo, em Bioética, na busca de encontrar, além de aplicações no domínio da casuística clínica, pontes fundamentais para estabelecer uma ética pedagógica, criando assim uma leitura ética para a pedagogia e uma pedagogia ética. Foram os princípios da beneficência, não- maleficência, de justiça e da autonomia os pilares da princípalologia ,que tem uma visualização em Filosofia da Educação. O presente trabalho foi concebido com o balbucio de poder deslindar que as infeções associadas aos cuidados de saúde não são meramente corolário das condições dos meios hospitalares ou meios auxiliares de saúde exibidos no nosso país.

**PALAVRAS-CHAVE:** Princípalismo, Beauchamp, Childress, bioética, ética, aplicações, medicina, casuística e pedagogia.

### **ABSTRACT**

Morality requires not only that we treat persons autonomously and refrain from harming them, but also that we contribute to their welfare, or not. Such beneficial actions fall under the heading of beneficence, and others are malificients. No sharp breaks exist on the continuum from the non infliction of harm to the provision of benefit, but principles of be beneficence potentially demand more than the principle of normal eficence because agents must take positive steps to help others, and make up the justice. There principles of Ethics play a very important role to the pedagogy, and yours applications, as I presents on this paper. On this we focused the epidemiological indications of Nosocomial Infections, and the sense of bioethical implications.

**KEYWORDS:** Princípalism, Beauchamp, Childress, bioethic, ethic, applications, medicine, casuistic, pedagogic reflexion.

---

<sup>1</sup> Licenciado em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte - CESPU, Gandra, Portugal.

<sup>2</sup> Doutorado em Filosofia (especialidade de Éticas Aplicadas), Professor Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte - CESPU, Gandra, Portugal.

Correspondência Electrónica: [borges272@gmail.com](mailto:borges272@gmail.com)

## **INTRODUÇÃO**

A Infecção Nosocomial é toda a infecção relacionada com o internamento num Hospital ou Centro de Saúde. A infecção hospitalar é, actualmente, um tema muito em voga. Apesar de parecer diretamente relacionado com fracas condições de higiene e ineficaz esterilização dos objetos e espaços, observa-se que não é este o único agente causal, estando também implicadas as agravantes resistências bacterianas aos antibióticos. Contudo, não é possível retroceder esta obstinada sobrevivência dos agentes microbianos, facto que deverá servir de alerta, visto que, ao mesmo tempo que actualmente é visto como o mais imprevisível agente causal de infeções nosocomiais, este é também o resultado de práticas profissionais impróprias de um passado próximo nos serviços de saúde. Neste estudo, avaliaremos dados epidemiológicos portugueses acerca das infeções associadas a cuidados de saúde, fundamentado por documentos provenientes da “Direção-Geral de Saúde” (DGS): “Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção – Relatório - 2009”; “Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2014”.

De seguida, apresentaremos uma reflexão bioética acerca dos cuidados de saúde, inapropriados ou passíveis de melhoria e, quando aplicável, com discussão de medidas corretivas dos mesmos. Por fim, exporemos, a título de curiosidade, o projeto “STOP infecção hospitalar”, apadrinhado pela Fundação Calouste Gulbenkian-Lisboa.

### **1 - Dados epidemiológicos das Infeções Hospitalares**

Segundo a DGS, explicitado através dos documentos “Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2014” e “Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção – Relatório – 2009”, em análise da infecção associada a cuidados de saúde, por estudos de incidência e prevalência, verifica-se que Portugal é um dos países europeus com mais alta prevalência nas infeções nosocomiais, expressos em valores de 10,5%, enquanto que a média dos países europeus é de 5,7%. Revela-se, de igual forma, que os microrganismos mais frequentemente isolados nas infeções nosocomiais são:

Staphylococcus aureus metilina resistente; Escherichia coli; Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus metilina sensível; Candida albicans, Enterococcus faecalis; Acinetobacter baumannii; Staphylococcus epidermidis; Proteus mirabilis, segundo a Tabela indicada:

Microrganismos	N.º	%
<i>Staphylococcus aureus</i> metilina resistente	242	15,8
<i>Escherichia coli</i>	231	14,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	202	12,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	125	7,9
<i>Staphylococcus aureus</i> metilina sensível	98	6,2
<i>Cândida albicans</i>	89	5,6
<i>Enterococcus faecalis</i>	80	5,0
<i>Acinetobacter baumannii</i>	70	4,4
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	42	2,6
<i>Proteus mirabilis</i>	41	2,6

Tabela 1 - 2009

As infeções nosocomiais, na corrente sanguínea, apresentam uma vigilância epidemiológica específica desde 2002 e é o programa com maior participação. Na tabela 2, temos a proporção e densidade de incidência de infeções nosocomiais da corrente sanguínea por serviços/grupos de serviços:

Serviços /Grupos de serviços	Nº episódios	Proporção* (%)	Densidade de Incidência** (‰)
UCI Polivalentes	305	3,28	5,3
Outras UCI	311	2,28	4,6
Hematologia/Oncologia	383	3,34	3,9
Hematologia/Oncologia Pediátricas	16	1,9,6	3,6
Medicina Interna	845	0,87	1,0
Especialidades Médicas	255	0,73	0,9
Cirurgia Geral		0,51	0,9
Especialidades Cirúrgicas	197	0,39	0,6
Pediatria	5	0,06	0,1
UCI pediátricas	13	2,21	2,4
Serviços Pediátricos	66	1,83	3,6
Outros serviços	17	0,18	0,4
Ginecologia	2	0,03	0,1

Tabela 2 - 2013

Identificando as infecções nosocomiais, conforme a sua tipologia, poderemos verificar as suas incidências e desenvolvimentos na Tabela 3:

	Convalescença	Média duração	Longa duração	Paliativos	Total
Infeção urinária Confirmada	11 (24,4%)	22 (19,5%)	27 (15,2%)	-	60 (17,5%)
Provável	11 (24,4%)	24 (21,2%)	34 (19,1%)	-	69 (20,0%)
Infeção respiratória Superior	2 (4,4%)	5 (4,4%)	7 (3,9%)	1 (16,6%)	15 (4,5%)
Inferior	8 (17,7%)	20 (17,7%)	28 (15,7%)	2 (33,3%)	58 (16,9%)
Infeção da pele e tecidos moles	6 (13,3%)	26 (23%)	47 (26,4%)	3 (7,5%)	82 (23,8%)
Infeção fúngica	-	3 (2,6%)	4 (2,2%)	-	7 (2,0%)
Infeções gastrointestinais	2 (4,4%)	5 (4,4%)	10 (5,6%)	-	17 (4,9%)
Infeção por <i>C. difficile</i>	2 (4,4%)	-	-	-	2 (0,6%)
Infeções oculares	2 (4,4%)	5 (4,4%)	12 (6,7%)	-	19 (5,5%)
Infeção do nariz ouvido e boca	1 (2,2%)	-	4 (2,2%)	-	5 (1,5%)
Infeção da corrente sanguínea	-	1 (0,9%)	-	-	1 (0,3%)
Síndrome febril inexplicado	-	2 (1,8%)	5 (2,8%)	-	(2,0%)
Outras	1	-	1	-	2 (0,6%)
<b>Total</b>	<b>45 (10%)</b>	<b>113 (13,2%)</b>	<b>178 (10,5%)</b>	<b>6 (15%)</b>	<b>344 (11,3%)</b>

Tabela 3 - 2013

As infecções nosocomiais, distribuídas por faixas etárias, são apresentadas na Tabela 4:

Faixa Etária	Nº doentes estudados	Nº doentes com IN	Nº infec. Nosocomiais	% IN	% doentes com IN
0-9 anos	1795	118	130	7,24%	6,57%
10-19 anos	470	17	25	5,32%	3,62%
20-29 anos	1077	35	39	3,62%	3,25%
30-39 anos	1716	95	103	6%	5,54%
40-49 anos	1860	122	135	7,26%	6,56%
50-59 anos	2366	225	259	10,95%	9,51%
60-69 anos	3153	327	369	11,7%	10,37%
70-79 anos	4517	542	597	13,22%	12%
>=80 anos	4505	632	712	15,8%	14,03%
	<b>21459</b>	<b>2113</b>	<b>2369</b>	<b>81,11%</b>	<b>71,45%</b>

Tabela 4 – 2009

**2 – Infecção Nosocomial: pelo principalismo**

Na tentativa de atingir uma Bioética efectiva, nos cuidados de saúde, existem diversos protocolos e regulamentos de boas práticas nos serviços de saúde. Em acréscimo, porém, com o mesmo intuito, eis que surge este projeto.

A Fundação Calouste Gulbenkian (Lisboa), em parceria com o Ministério da Saúde e o “Institute for Healthcare Improvement”(EUA), seleccionou 12 hospitais com o propósito de alcançar uma diminuição da incidência e, conseqüentemente, da morbidade e da mortalidade, associadas às infeções adquiridas nos doentes internados nestes hospitais. Desta forma, pretende-se contribuir para aumentar a segurança e a confiança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e reforçar a promoção da melhoria contínua da qualidade em saúde.

Integrando este projeto, temos os centros hospitalares de Lisboa-Central, Alto Ave, Barreiro-Montijo, São João, Cova da Beira, Lisboa-Norte, Instituto Português de Oncologia do Porto, unidades locais de saúde de Matosinhos, do Nordeste e do Baixo Alentejo, Hospital de Braga e Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (Hospital Nélio Mendonça). O desafio da Fundação Calouste Gulbenkian, pelo “STOP-Infecção Hospitalar”, pretende constituir um exemplo de implementação de uma metodologia de melhoria contínua, que procura reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, num período de 3 anos.

**2.1 – Princípio do respeito pela autonomia**

O princípio do respeito pela autonomia é um princípio que afirma a capacidade do indivíduo para a autodeterminação e exige a regra da “veracidade”, como condição mínima para a sua aplicabilidade. Assim, o respeito pela autonomia requer um reconhecimento permanente, segundo o qual a pessoa tem o direito a agir em concordância com as suas próprias convicções. Tal não significa somente a abstenção de interferir em escolhas individuais, mas também a obrigação moral de promover condições, que permitam a realização dessas eleições autónomas.

Como tal, as circunstâncias que possam impedir o agir autónomo da pessoa como, por exemplo, o medo ou a falha de conhecimento, acerca de determinada situação, têm de ser evitadas. Segundo esta perspetiva, respeitar a autonomia da pessoa implica o reconhecimento da capacidade de todas as pessoas para as próprias decisões, baseadas nos valores pessoais e crenças e a promoção efetiva de condições que favoreçam o exercício dessa autonomia. Nesta linha de pensamento, o respeito pela autonomia é uma acção que se dá quando o direito das pessoas é assegurado, reconhecido e promovido. O princípio do respeito pela autonomia pode ser formulado de forma negativa, segundo a qual as acções autónomas não devem ser sujeitas ao controlo exercido por outras pessoas. Nesta formulação, ampla e abstrata, o princípio não admite exceções e, como tal, requer especificação em contextos particulares, por forma a que se constitua um ditame de conduta, que assegure os direitos da pessoa como, por exemplo, o direito à liberdade e ao consentimento informado. Assim, através da especificação, será possível determinar as exceções válidas ao princípio que surjam, eventualmente, em determinadas circunstâncias.

Existem ações recomendáveis e/ou propícias à prevenção das infeções nosocomiais, que se enquadram no âmbito deste princípio da Bioética Fundamental, a saber:

- Implementar nas unidades de saúde a campanha nacional de Higiene das Mãos;
- Vigilância epidemiológica de microorganismos-problema;
- Educar os profissionais de saúde para uma maior consciencialização;
- Reforço de recursos humanos.

Na sua formulação positiva, o princípio exige que se revele informação que auxilie a pessoa no processo, em que se favoreça a tomada de decisão autónoma. Logo, a revelação da informação constitui uma obrigação moral do profissional de saúde. Contudo, para além da revelação, importa, ou ainda mais, que se assegure que a informação revelada seja compreendida, que se mantenha a voluntariedade na decisão e que se fomente adequada tomada de decisão. Isto demonstra que as ações autónomas podem necessitar de algum tipo de auxílio, para que ocorram na prática, como acontece quando um doente quer decidir sobre o seu tratamento. Mas, para isso, necessita da

ajuda do profissional de saúde, para que entenda os possíveis benefícios e prejuízos implicados pela sua decisão. Deverá haver, neste caso, uma contínua e profunda informação epidemiológica sobre as Infecções Nosocomiais. Por seu lado, a omissão de informação constitui uma violação do princípio do respeito pela autonomia, salvo casos em que a pessoa recusa a informação, quando esta poderá ter um efeito antiterapêutico ou em situações de incompetência ou urgência, ou seja, nas situações em que é invocado um privilégio terapêutico. Neste assunto, não deverá haver omissão, senão as Infecções Nosocomiais poderão proliferar.

As duas formulações do princípio do respeito pela autonomia possibilitam a derivação de várias regras, as quais têm carácter *prima facie*. São exemplos dessas regras: “dizer a verdade”, “respeitar a privacidade das pessoas”, “proteger a informação confidencial”, “obter o consentimento dos doentes para as intervenções”, “quando solicitado, ajudar as pessoas a tomar decisões importantes”.

Algumas destas regras possuem aplicabilidade no domínio das Infecções Nosocomiais.

Na formulação deste princípio, Beauchamp e Childress tomaram por base o deontologismo kantiano. Contudo, a filosofia prática kantiana evidencia a “autonomia da vontade” como princípio supremo da moralidade. Desta forma, desrespeitar a autonomia da pessoa implica a sua desconsideração, como fim em si mesmo, e a sua perspectivação, como simples meio, susceptível de objetivação.

Com efeito, a moralidade de Stuart Mill centra-se na individualidade dos agentes autónomos, pelo que se deve permitir que o indivíduo se desenvolva em função das suas convicções pessoais, sempre que estas não interfiram na liberdade dos outros. Assim, o princípio, enunciado por Beauchamp e Childress, implica o respeito pela autonomia das pessoas, reconhecendo o direito de agirem de acordo com a sua vontade, desde que não haja prejuízos para outros indivíduos. No que concerne à criação de condições para o exercício da autonomia, os autores indicam diversas fórmulas de acção, absolutamente necessárias, das quais se destacam: a revelação de informação por parte do profissional de saúde, a verificação da compreensão da informação, que foi revelada, a avaliação da

competência do que tem de decidir, a avaliação da vontade da pessoa e o cumprimento do processo de consentimento informado.

A revelação de informação, para além de ser um direito do cidadão e um dever do profissional de saúde, salvo os casos em que haja recusa a ser informado, constitui uma necessidade para a pessoa, na medida em que a ausência desta não lhe permite adequado processo de tomada de decisão. Todavia, o excesso de informação poderá constituir algo contraproducente, pois poderá dificultar o processo de compreensão da informação que é transmitida. Com efeito, toda a informação sobre Infeções Nosocomiais é absolutamente necessária, sobretudo para os profissionais de saúde.

Para explicarem melhor esta posição, Beauchamp e Childress fazem uma referência crítica a três critérios de revelação: critério da prática profissional, critério de pessoa razoável e o critério subjetivo. Estes três critérios éticos encontram-se presentes, na verdade, nas Infeções Nosocomiais.

O primeiro critério confere ao profissional de saúde a determinação do como deve ou não ser revelado ao doente a informação, uma vez que estes são os peritos nos assuntos a revelar e os detentores de um compromisso moral de agir para o bem-estar do doente, a fim de estes não venham a falecer de septicemia.

O critério de “pessoa razoável” determina que a informação deve ser revelada em função das necessidades de uma hipotética pessoa, ou seja, em função do que uma pessoa “razoável”, que se considere importante para poder tomar uma decisão.

Por último, o critério subjetivo é aquele que sustenta que a informação, a ser revelada, deve ser determinada em função das necessidades individuais da pessoa. Pelo exposto, pode-se verificar que no segundo e terceiro critérios, contrariamente ao primeiro, a autoridade na determinação das necessidades informativas desloca-se do profissional de saúde para a pessoa, o que leva a crer que poderá ser uma das razões pela qual os autores refutam o primeiro critério. Mas, assim verificamos a sua presença nas Infeções Nosocomiais. No entanto, na opinião dos autores, o carácter hipotético e abstrato do segundo critério confere algumas dificuldades, de ordem conceptual, moral e prático, pelo que defendem o critério subjetivo como o melhor critério moral, a ser utilizado no



processo de revelação de informação. Nas Infecções Nosocomiais, necessitamos seja da objectividade, seja da subjectividade.

Uma outra obrigação, que deriva do princípio do respeito pela autonomia, será assegurar a compreensão da informação revelada. O processo de compreensão da informação pode ser comprometido por diferentes factores, nomeadamente a incapacidade por parte da pessoa, em compreender informação elementar, a sua falta de atenção perante o que lhe é dito ou, até mesmo, a recusa à informação, o facto de a informação ser científica ou de natureza incompreensível e a quantidade excessiva de informação que é transmitida. Estas proposições poderão afetar a informação sobre as Infecções Nosocomiais.

Assim, os autores propõe algumas ações que devem ser empreendidas , de tal maneira que o processo de compreensão seja eficaz. De entre essas ações, salienta-se o cuidado em adaptar a linguagem às características da pessoa, determinar a sua capacidade de compreensão e transmitir a informação necessária em diferentes momentos, esclarecendo todas as dúvidas manifestadas. Dada a natureza complexa do processo de compreensão, os autores argumentam que, para que ocorra uma tomada de decisão adequada, ou seja, informada e consistente com convicções do indivíduo, não existe necessidade de uma compreensão completa, mas que a pessoa seja capaz de compreender a informação pertinente e confiança justificada e relevante acerca da natureza e consequências dos seus atos. Este elemento afeta sobretudo a informação a ser transmitida aos doentes sobre Infecções Nosocomiais. Na opinião dos autores, a subjectividade inerente, ao processo de tomada de decisão, não pode ser um impeditivo ao desenvolvimento de ações, que visam promover a eleição autónoma, uma vez que, pelo facto das ações nunca serem completamente informadas, voluntárias ou autónomas, não se pode concluir que elas nunca serão adequadamente informadas.

Uma outra condição necessária para o exercício da autonomia é a competência da pessoa. O conceito de competência, no contexto da tomada de decisão, é definido, no modelo bioético principialista, como a capacidade da pessoa para entender a informação e para emitir juízos sobre essa em concordância com os valores, ao pretender alcançar determinado objetivo e expor o seu desejo perante os outros. Para os autores, este

conceito está associado ao da autonomia, não pelo seu significado, mas pelo seu fundamento, visto que uma pessoa autónoma é necessariamente competente para tomar decisões. Nesta linha de raciocínio, os julgamentos, acerca da competência da pessoa, para autorizar ou recusar uma intervenção, devem-se basear na capacidade para entender a informação, bem como para refletir sobre as consequências de um ato. A competência estará sempre presente na informação sobre os dados epidemiológicos e clínicos das Infecções Nosocomiais.

Uma outra obrigação, requerida pelo princípio do respeito pela autonomia, refere-se ao promover a voluntariedade dos atos individuais. De acordo com a perspectiva dos autores, a voluntariedade de um ato reside na execução desse ato pela pessoa, sem que esteja submetida a qualquer tipo de controlo ou influência externa.. Neste sentido, a liberdade de eleição ou de decisão da pessoa deve ser assegurada pelos profissionais de saúde, para que o princípio seja respeitado. Assim, a obrigação moral consiste em coagir a pessoa para aceitar determinado tipo de intervenção clínica ou de investigação, podendo, no entanto, admitir-se algum tipo de persuasão, nomeadamente nas situações em que é necessário apelar à razão. No domínio das Infecções Nosocomiais deveremos apelar muitas vezes à razão e razoabilidade dos clínicos.

De igual modo, compete ao profissional de saúde a verificação da presença das condições que, de alguma forma, podem comprometer a voluntariedade dos atos como, por exemplo, efeitos medicamentosos, distúrbios psicológicos ou, até mesmo, a própria doença. Pelo exposto, poderemos verificar que a competência e a voluntariedade se assumem como pressupostos do princípio do respeito pela autonomia, na medida em que, pela ausência do primeiro, o princípio não pode ser aplicado e a ausência ou comprometimento do segundo constitui uma violação do princípio. Um outro pressuposto será o consentimento informado, o qual se assume como a expressão do exercício da autonomia e tem vindo a ser considerado como paradigma, em diferentes contextos, nomeadamente na assistência à saúde e na investigação. Os doentes poderão apelar, diante dos clínicos, no caso de Infecções Nosocomiais, para o consentimento informado, por escrito, sobre o estado e condições higiénicas dos serviços hospitalares.

No plano da relação profissional, a obtenção deste é um imperativo ético e uma exigência legal, bem como um processo pelo qual se reconhece, de forma efetiva, o direito do doente para participar activamente nas decisões relativas à saúde e no percurso da doença. Tal como foi mencionado anteriormente, a obtenção do consentimento informado constitui uma das regras que especifica o princípio.

## **2.2 – Princípio da não-maleficência**

O princípio da não-maleficência está intimamente ligado à máxima *primum non nocere*: “em primeiro lugar, não causar dano”. Este princípio possui uma longa tradição em Ética Médica e tem as suas origens no Juramento Hipocrático. Deste modo, apresenta-se como princípio de relevância, na prática moral, especialmente na Biomedicina, uma vez que serve como orientação efetiva para os profissionais da saúde. Este princípio, segundo Beauchamp e Childress, é reconhecido por muitos tipos de teorias éticas, sejam elas utilitaristas ou não-utilitaristas. Embora o aceitem, há filósofos, como Frankena, que defendem a união desse princípio ao princípio da beneficência. Tal união seria pertinente na medida em que as obrigações implicadas por ambos os princípios poderiam ser derivadas unicamente a partir do princípio da não-maleficência, como a filosofia da escolástica, que defendia o princípio da forma seguinte: *bonum est faciendum malumque vitandum*.

A posição dos autores, contudo, é a de que essas obrigações são distintas. Isso pode ser observado no caso das regras, que contêm imperativos negativos, como o de “não causar dano” e as que consistem em imperativos positivos de acção, como “ajude as pessoas”. Assim, as implicações do princípio de não-maleficência diferem das inferidas a partir do da beneficência e não devem, portanto, ser subsumidas num único princípio. Justificando a pertinência de enunciar os princípios de não-maleficência e da beneficência, como princípios distintos, os autores, à semelhança do princípio do respeito pela autonomia, apresentam duas formulações para o princípio da não-maleficência: uma negativa e outra positiva. Os estudos clínicos e epidemiológicos servem de condições para determinarem

que as medidas higiênicas, a implementar, em centros de saúde e hospitais, permitam que “não seja causado dano”, impedindo as Infecções Nosocomiais.

Na formulação negativa, o princípio da não-maleficência é assim enunciado: “não se deve causar dano ou mal”. Dele derivam as regras, “não matarás”, “não causarás dor ou sofrimento aos outros”, “não incapacitarás”, “não ofenderás” e “não privarás os outros dos bens da vida”. Quando formulado positivamente, o princípio admite três enunciados normativos: deve-se prevenir o dano ou o mal; deve-se evitar ou recusar o mal; deve-se fazer ou promover o bem, que, para outros autores, constitui o princípio da beneficência. O bem do doente, perante Infecções Nosocomiais, determinam-se por cuidados higiênicos dos profissionais de saúde.

Poderemos perceber que, embora pareçam ter o mesmo alcance ou extensão, os dois princípios diferem, principalmente, quanto às possíveis regras, que originam e que podem ter maior peso ético, conforme a própria elaboração. Segundo o princípalismo, assim como muitas vezes ocorre, na ética, que a forma negativa é predominante, pois o dever de não causar dano parece ter maior peso ético do que o imperativo da beneficência: “deve-se primeiro prevenir um dano, para depois promover um bem”. Este princípio encontra eco no domínio das Infecções Nosocomiais.

Contudo, isso não significa que o princípio da não-maleficência tenha mais valor do que o da beneficência. Dado o carácter *prima facie* dos princípios, nem mesmo diante de um conflito, entre eles, é regra que as obrigações de não-maleficência predominem. Dadas essas peculiaridades, a sua diferenciação é pertinente na medida que foram perspectivados exclusivamente como princípios, dado que ambos enunciam obrigações morais a cumprir necessariamente.

Com efeito, a aplicabilidade do princípio da não-maleficência pode conduzir a um duplo efeito, na medida em que os resultados negativos de uma ação podem ser moralmente justificados ou moralmente condenáveis, pois dependem da natureza da intenção, que subjaz essa ação. Este duplo efeito suscita dificuldades, de várias ordens, nomeadamente a determinação da natureza intencional de uma ação ou a determinação de que é um efeito intencional e ainda na eventual relevância da distinção entre ação e feito.

### **2.3 – Princípio da beneficência**

O princípio da beneficência, nos Principles of Biomedical Ethics, enuncia a obrigatoriedade do profissional de saúde ou investigador de promover, prioritariamente e sempre, o bem da pessoa. Por forma a clarificar a obrigatoriedade, exigida por este princípio, os autores fazem a distinção entre os conceitos de beneficência e benevolência.

Um ato beneficente pode ser classificado como aquele que proporciona um bem a alguém. Acções beneficentes, portanto, são todas aquelas que determinam um Bem para as pessoas. O princípio da beneficência parece ter carácter imperativo e expressa uma obrigação moral de agir em benefício das pessoas. A beneficência, assim, distingue-se da benevolência, que pode ser caracterizada como uma virtude, que leva o agente a praticar atos beneficentes. O princípio da beneficência exige das pessoas que elas ajam por forma a promover o bem. Os profissionais de saúde deverão promover todas as medidas higiénicas, a fim de impedirem que se instalem nos seus serviços Infeções Nosocomiais.

Apesar dos atos beneficentes não serem obrigatórios, o mesmo não ocorre com aqueles que são implicados pelo princípio da beneficência. No contexto do modelo principialista, praticar o bem passa a ser um dever estabelecido por tal princípio e não apenas como resultado de uma disposição ou virtude dos homens. O princípio da beneficência é apresentado, através de dois princípios, os quais consistem na beneficência positiva e na utilidade. O primeiro determina que se aja promovendo o bem, ou seja, que reais benefícios sejam providos por uma acção. Todavia, quando uma pessoa pretende agir por forma a beneficiar as demais, deve avaliar os custos e benefícios da sua acção. Como referem os autores, ser adequadamente beneficente requer que se determine quais as acções que produzem um conjunto de benefícios suficientes para justificar os seus custos. A obrigação moral de fazer o bem, estabelecida pelo princípio da beneficência, parece exigir, ao autor da acção, uma ponderação das consequências da sua acção.

Tendo em conta que a avaliação dos benefícios, assim como dos riscos, não deve ser meramente uma atitude do agente, mas uma obrigação que, correlacionada pelo dever da beneficência, justifica, na opinião dos autores, a inclusão de um outro princípio, o da utilidade, o qual requer do indivíduo um equilíbrio entre os benefícios, riscos e custos de determinada ação. O princípio da utilidade surge como uma extensão do princípio da beneficência positiva, sendo a sua aplicação restrita à avaliação de benefícios, riscos e custos, não devendo ser estendida pela ponderação de outros tipos de obrigação. À semelhança dos princípios que abordamos anteriormente, o princípio da beneficência permite a derivação de algumas regras, nomeadamente, “proteger e defender os direitos dos outros”, “prevenir que aconteça algum dano aos outros”, “suprimir as condições que podem produzir prejuízo a outras pessoas”, “ajudar as pessoas com deficiência” e “salvar pessoas em perigo”.

Como já antes fora referido, as regras da beneficência distinguem-se das não-malificência, na medida em que, enquanto as segundas têm carácter proibitivo, as primeiras apresentam normas positivas de acção, que raramente são passíveis de punição legal, quando não cumpridas e tampouco exigem que as atitudes sejam realizadas de forma imparcial.

Conforme a Direção-Geral de Saúde num estudo empreendido, no ano de 2009, em 114 hospitais, públicos e privados, obteve-se a prevalência de 9,8% de infeções nosocomiais, sendo os principais microrganismos responsáveis o *Staphylococcus aureus* metilicina resistente, a *Escherichia coli* e a *Pseudomonas aeruginosa*. As infeções respiratórias e urinárias apresentam-se como as mais prevalentes a este nível. Conjectura-se que esses valores em 2015 situam-se mais altos: 10,5%. Aqui vemos o benefício do estudo epidemiológico para impedir, assim, que surja um mal, que é a Infeção Nosocomial.

Tal como referido anteriormente, os cuidados de saúde possuem uma importância fundamental na prevenção de infeções cruzadas nos ambientes hospitalares. Desta forma,

os profissionais responsáveis por esses espaços devem assegurar a melhor gerência de práticas nos cuidados de saúde, de forma a prezar na segurança do doente e de todos os intervenientes, no seu tratamento/acompanhamento, porque o bem do doente está em causa.

#### **2.4 – Princípio da justiça**

O princípio da justiça, proposto nos Principles of Biomedical Ethics, impõe que todos os seres humanos devem ser tratados de igual modo, não obstante as suas diferenças. Os fundamentos teóricos deste princípio subjazem nas várias teorias da justiça, nomeadamente a utilitarista, a liberal, a comunitária e a igualitária e no princípio formal de Aristóteles, assim como num outro grupo de princípios denominados, pelos autores, como princípios materiais. Na formulação do “princípio da justiça”, os autores introduzem o conceito de justiça distributiva.

Assim, o termo “justiça” é interpretado, na obra de Beauchamp e Childress, a partir da noção de justiça distributiva e refere-se à “distribuição equitativa e apropriada, determinada por normas justificadas, que estruturam os termos da cooperação social”. A justiça distributiva, quando utilizada em sentido mais amplo, refere-se à distribuição de todos os direitos e responsabilidades na sociedade, incluindo, por exemplo, direitos civis e políticos, como refere J. Rawls, ao dizer que “a justiça é a virtude das instituições sociais”. Dado que a distribuição, na sociedade contemporânea, ocorre, na maioria das vezes, num ambiente cada vez mais escasso de recursos, tornando-se impossível contemplar todos os elementos dessa sociedade de igual modo.

Assim, a justiça distributiva serve de critério para distinguir as ações injustas, que podem ser consideradas aquelas que causam prejuízos às pessoas, na medida em que negam os benefícios, aos quais elas têm direito, das ações justas, que se referem aos atos que respeitam os direitos individuais.

Nesta linha de entendimento, a formulação do princípio da justiça deveria possibilitar a derivação de regras, que garantissem o cumprimento de ações em benefício dos doentes, como, por exemplo, a garantia da prestação de cuidados de saúde. E um cuidado de saúde fundamental será impedir as Infecções Nosocomiais, dado que um paciente entra num hospital com uma doença e acaba por sair com duas. O princípio de justiça formal (também denominado princípio da igualdade) parte do pressuposto de que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente e têm as suas origens na filosofia aristotélica, no livro V da *Ética a Nicomaco*. Contudo, na opinião dos autores, este princípio não permite a formulação de regras, que possam estabelecer a aplicação de políticas de justiça social, devido à dificuldade em especificar o que se deve entender como igualdade e devido à ausência de critérios, que determinam, quando os indivíduos são iguais.

Os princípios da justiça material, por sua vez, justificam a distribuição igual entre as pessoas, oferecendo critérios, que permitam distinguir o que seria um tratamento igual de um tratamento desigual. Um exemplo desta forma de especificação é considerar a “necessidade” como critério de avaliação para a igualdade. Assim, aquele que não tiver as suas necessidades fundamentais satisfeitas sofrerá prejuízos. Logo, a distribuição dos recursos sociais deve atender à satisfação destas necessidades; caso contrário, a não satisfação destas, constituir-se-á como dano fundamental para o indivíduo. Iremos assim passar a referir alguns comportamentos passíveis de aperfeiçoamento:

- Ineficaz esterilização dos equipamentos e dispositivos médicos;
- Conduta pouco higiénica dos profissionais de saúde e auxiliares;
- Excessiva prescrição de antibióticos;
- Excessiva profilaxia antibiótica;
- Adesão dos hospitais à vigilância epidemiológica.

São estas as medidas fundamentais, justificadas como justas, que quando incrementadas determinam injustiças nos doentes, provocando-lhes Infecções Nosocomiais. Estas injustiças, tanto poderão ser comutativas, quanto distributivas.



Outras formas de especificação do princípio material da justiça são citadas pelos autores: a cada pessoa uma parte igual; a cada pessoa de acordo com a necessidade; a cada pessoa de acordo com o esforço ou a cada pessoa de acordo com a contribuição; a cada pessoa de acordo com o mérito; a cada pessoa de acordo com as trocas do mercado”. Porém, não definem qual o critério mais adequado, embora reconheçam que determinadas características como, por exemplo, a raça, o sexo, a posição social não deveriam ser aceites como critério para a distribuição adequada dos recursos. Sim, as doenças e suas gravidades deverão servir de critério para uma justa distribuição de recursos na saúde.

Os autores chegam a afirmar que uma teoria da justiça plausível poderia conter todas as especificações, há pouco mencionadas, desde que fossem assumidas em prima facie, em que o peso axiológico-ético de cada uma delas teria de ser ponderado no seio de um contexto particular ou na esfera em que são especialmente aplicadas. Porém, atendendo ao facto de que a aplicação de um critério exclui a possibilidade de aplicação de outro, parece ser indicativo que todos os critérios devem ser assumidos. Nesta linha de pensamento, muito embora todos os critérios materiais fossem considerados prima facie, permanecia a indeterminação relativamente às circunstâncias, em que cada critério deveria ser aplicado e nos casos de conflito, qual deveria ser escolhido. Como tal, Beauchamp e Childress analisam quatro teorias de justiça – utilitária, libertária, comunitária e igualitária – e demonstram que, pese embora as teorias poderem oferecer fundamentos úteis para a definição de políticas de saúde, em sociedades pluralistas e com diferentes concepções de justiça social, a sua adoção coloca problemas de coerência no sistema social. Isto porque, pela adoção dos fundamentos teóricos, de cada uma delas isoladamente, não se adapta às diferentes visões de justiça social e à adaptação de todas, implica diferentes modelos de justiça, cujos resultados vão ser substancialmente diferentes em questões, hoje em dia, tão fundamentais como é o caso de acesso aos cuidados de saúde e a definição de prioridades na distribuição dos escassos recursos de saúde.

### **3 –Infeções Nosocomiais e o Biodireito**

Em Portugal, não existe legislação específica que contemple a proteção jurídica de profissionais de saúde e doentes, em internamentos hospitalares. Esta seria uma profilaxia jurídica para as instituições sanitárias (hospitais e centro de saúde). Igualmente, em muitos outros países, não existe um Biodireito para esta temática. Seria fundamental, como disse, ser criado.

O suporte jurídico, para contemplar a irradiação de Infeções Nosocomiais, deverá desde o Direito Penal, até ao Direito das Obrigações. Será, assim, muito importante o pagamento de indemnizações aos doentes, bem como a intervenção dos tribunais para aplicações penais. Porém, a legislação deverá ser determinante e criar-se, para os devidos efeitos, um quadro legal.

Segundo Reinaldo Pereira e Silva, será sempre fundamental o reencontro do Direito com a Ética, que favorece a compreensão do fenómeno humano, estando nós convictos que, entre indivíduo e pessoa, não existe a *distinctio per oppositionem*, pois ambos se encontram reunidos no mesmo ser finito, como duas propriedades ou como duas formas. Com efeito, a unidade original entre os conhecimentos sobre o início da existência humana e a compreensão ética da qualidade de pessoa, encontra eco em duas razões interdependentes, saber: 1-o indivíduo humano, inserido no âmbito da humanidade, somente possui significado vital na realidade ontológica da pessoa; 2-a pessoa humana, na sua singularidade existencial e enquanto ser em relação. Cada indivíduo humano expressa a simultaneidade de si mesmo e da humanidade, razão pela qual a pessoa, que se encontra na essência, de toda individualidade humana, traz consigo esse chamamento, que aparentemente se encontra para além de suas fronteiras: abrir-se para os outros indivíduos humanos. Outra importante implicação do reencontro do Direito com a Bioética diz respeito a uma certa incapacidade da tecnologia para entender o fenómeno humano.

Na verdade, segundo a nossa perspectiva, o Biodireito é um ramo do Direito Público, que está ligado à Bioética, onde se esclarecem as relações jurídicas entre o direito e as relações jurídicas entre o direito e os progressos, que vão da Biotecnologia à Medicina, relacionando-se, no seu fundamento, com a corporeidade e com a dignidade da pessoa. Assim, este fenómeno nosocomial necessita de ser muito bem estudado, a fim de se impedir a proliferação de doenças nosocomiais.

## **CONCLUSÃO**

Pela maior susceptibilidade dos doentes em risco, ou devido ao aparecimento de agentes mais resistentes aos tratamentos, poderá assim resultar de uma carência de responsabilidade dos intervenientes (profissionais da saúde, doentes, auxiliares de limpeza, familiares e entre outros), criando-se situações injustas.

Os princípios fundamentais da Bioética surgem um pouco como a “Tábua dos Dez Mandamentos” para iluminar a nova ética secular, que é plural e dominada pela principiologia. Este paradigma principiológico é constituído pela formulação dos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, interpretado à luz do utilitarismo (Mill) e do deontologismo transcendental (Kant). Eticamente falando, a educação seria impotente e ideológica se ignorasse o objetivo da adaptação e não preparasse os homens para se orientarem neste mundo. Desde o início, existe no conceito de Educação, para a consciência e para a racionalidade, uma certa ambiguidade, que procura a sua solução numa forma de paradigma ético, sob diversas formulações, dado que o conceito de pedagogia é analógico e apresenta muitas dimensões.

Um ponto crucial, se não mais importante, na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, reside numa correta assimilação das metodologias a serem empregues bem como das patologias presentes no meio hospitalar e a todos os perigos inerentes às mesmas. Isto implica aos profissionais de saúde a premente atualização dos seus conhecimentos, bem como de uma efetiva transmissão destes à população sempre que

aplicável. Pretende-se ainda que estes profissionais de saúde saibam ponderar a valoração de questões financeiras face às situações de perigo iminente, exercendo assim a Bioética. Naturalmente que as tarefas que se poderão atribuir à educação já não são mais atribuições de alguma formação superior, mas elas também se colocam em planos que, vistos pelas representações hierárquicas da formação, se situam mais a nível inferior e por aqui deverão começar. Logo, um dos pontos centrais da educação moderna reside na relação entre teoria e prática. Como tal buscará a sua raiz numa formulação ética

## BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de saúde, 2014,Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números , Portugal, 2014.

Direção Geral de saúde, 2013,Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números, Portugal, 2013.

Direção Geral de saúde, 2009,Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção,Relatório, Portugal, 2009.

PEREIRA E SILVA,R. “Bioética e iodireito: As Implicações e Raízes de um Reencontro”, in: Acta Bioethica ,2002,VIII, nº 2.

GILLON, R. “Ethics needs principles – four can encompass the rest, and respect for autonomy should be first among equals”, in: Journal of Medical Ethics, 2003, 29: 307-312.

NEVES, M. C. P. “A teorização da Bioética”, in: NEVES, M. C. P. (coord.) – Comissões de Ética. Das bases teóricas à actividade quotidiana, 2ª ed. revista e aumentada, Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda, em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética / Pólo dos Açores, 2002.

RENDTORFF, J. D.; KEMP, P. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw, vol. I, Copenhaga / Barcelona: Centre for Ethics and Law / Intituto Borja de Bioética, 2000.

MARTINÉZ, J. L. “De la Ética a la Bioética”, in: BRITO, J. H. S. (coord.), Do início ao fim de vida, Actas das primeiras jornadas de Bioética, Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, 2005.

THOMASMA, D. C. “Theories of medical ethics”, in: *Military Medical Ethics*, vol. I, cap. 2, pp. 36-38; GILLON, R. – “Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be first among equals”, in: *Journal of Medical Ethics*, 2003.

GILLON, R. “Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be first among equals”, in: *Journal of Medical Ethics*, 2003, 29: 307-312.

DURAND, G. *Introduction générale à la Bioéthique. Histoire, Concepts et Outils*. Montréal: Éditions Fides, 1999.

LEPARGNEU, R. H. *Bioética, novo conceito: a caminho do consenso*, S. Paulo: Edições Loyola, 1996.

SOROMENHO-MARQUES, V. *Fundamentação da metafísica dos costumes de Kant*, trad. Paulo Quintela, Col.: *Filosofia Textos*, Porto: Porto Editora, 1995.

RENDTORFF, J.; KEMP, P. *Basic ethical principles in European Bioethics and Biolaw*, vol. I, Barcelona, Tecnos, 2000.

ARISTOTELES *Ética a Nicómaco*, traducción del grego, Editorial Gredos, Madrid, 1998.

AQUINATIS, ST. THOMA *In Decem Libros Ethicorum Aristotelis ad Nicomachum Expositio*, editio novissima cura ac studio a M. Pirrotta, P. Marietti, Taurini, Italia, 1933.

BEAUCHAMP, T. ; CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, fourth edition, Oxford University Press, New York, 1994.