



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, fornecer um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported International.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos

Francisco José Passos Soares¹, Helena Eri Shimizu², Volnei Garrafa³

Resumo

A evolução tecnocientífica tem imposto desafios à sociedade e, particularmente, à medicina. Mudanças sociais nas relações médico-paciente e entre profissionais da saúde demandam novas formas de regulação dessas relações. O atual Código de Ética Médica adota o modelo principialista norte-americano como referencial ético, universalista, baseado na autonomia, em descompasso com a emergente bioética latino-americana, que tem como pressupostos teóricos a pluralidade dos sujeitos morais e a prática multi, inter e transdisciplinar, orientada para saúde pública e coletiva e defesa dos mais vulnerados. O texto reflete sobre aspectos históricos conformadores das profissões e seus códigos e as razões do descompasso da evolução da bioética no Brasil e da revisão do Código de Ética Médica. Igualmente, reflete sobre os desafios contemporâneos para o poder médico, que impõem ampliação do debate ético para elaboração de formatos mais democráticos dos códigos profissionais, tendo como eixo estruturante a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.

Palavras-chave: Teoria ética. Códigos de ética. Ética médica. Bioética.

Resumen

Código de Ética Médica brasileño: límites deontológicos y bioéticos

La evolución tecnológica y científica le ha impuesto retos a la sociedad y, en particular, a la medicina. Los cambios sociales en la relación médico-paciente y entre los profesionales de la salud requieren nuevos formatos regulatorios para estas relaciones. El actual Código de Ética Médica adopta el modelo norteamericano principialista como marco ético, universalista, basado en la autonomía, fuera de sintonía con la bioética latinoamericana emergente, que tiene como presupuestos teóricos la pluralidad de sujetos morales y las prácticas multi, inter y transdisciplinarias orientadas a la salud pública y colectiva, y a la defensa de los más vulnerables. El texto reflexiona sobre los aspectos históricos configuradores de las profesiones y de sus códigos, sobre las razones de las diferencias en la evolución de la bioética en Brasil y de la revisión del código. Asimismo, reflexiona acerca de los desafíos contemporáneos del poder médico, que imponen la ampliación del debate ético para el desarrollo de formatos más democráticos de los códigos profesionales, basados en *la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Palabras clave: Teoría ética. Códigos de ética. Ética médica. Bioética.

Abstract

The Brazilian Code of Medical Ethics: Ethical and bioethical limits

The technological and scientific evolution has imposed challenges on society and especially on medicine. Changes in the doctor-patient relationship and among healthcare professionals require new regulatory formats to such relationships. The current Brazilian Code of Medical Ethics adopts the principialist North American model as a universal ethical framework, based on autonomy that is out of step with the emerging bioethics in Latin America, whose theoretical assumptions on the plurality of moral subjects and multi-intertransdisciplinarity are oriented to public health and the defense of the most vulnerable. The text reflects on the historical aspects that organize professions and their codes, and on the reasons for the gap in the evolution of bioethics in Brazil and the revision of the code. Equally, the text considers the contemporary challenges to the medical authority, which imposes the extension of the ethical debate to draft more democratic formats of professional codes, considering the *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* as the structural axis.

Keywords: Ethical theory. Codes of ethics. Ethics, medical. Bioethics.

1. **PhD** francisco_passos01@hotmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **Doutora** shimizu@unb.br – UnB 3. **PhD** garrafavolnei@gmail.com – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Francisco José Passos Soares – Rua Cônego Antônio Firmino de Vasconcelos, 138, apt. 301, Jatiúca CEP 57036-470. Maceió/AL, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

O mundo contemporâneo se caracteriza por conflitos gerados pela acelerada evolução tecnológica e científica no campo biomédico e das comunicações. Além disso, a globalização, a hegemonia do capital neoliberal, e questões sanitárias e ambientais locais com repercussão planetária têm grande impacto na saúde humana. Paralelamente, reconhece-se, não sem conflitos, a afirmação dos direitos individuais, em especial das mulheres e crianças, e, no campo da saúde, o surgimento da figura do paciente como sujeito moral, não mais subordinado a autoridade ou paternalismo do médico¹.

Na área da saúde, têm sido identificadas distorções relacionadas à inacessibilidade das camadas mais pobres da população tanto aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico como a bens básicos de consumo sanitário indispensáveis para uma vida digna².

O Código de Ética Médica (CEM)³, de natureza tradicional deontológica, revisado recentemente, teve como referência a bioética principialista estadunidense, insuficiente para responder aos macroproblemas em saúde dos países periféricos ou em desenvolvimento². Outros formatos, contudo, são possíveis – por exemplo, aqueles que levem em consideração fundamentos pluralistas propostos por autores e grupos acadêmicos da América Latina⁴. A bioética latino-americana aponta os caminhos do pluralismo histórico e da multi, inter e transdisciplinaridade para a renovação do debate ético, priorizando os princípios de justiça e equidade no mundo da saúde.

Este artigo propõe refletir sobre essa possibilidade. Considera aspectos históricos conformadores das profissões e de seus códigos, além das razões do descompasso da revisão do CEM e da evolução da bioética no Brasil. Igualmente, contempla os desafios contemporâneos para o poder médico, que impõem a ampliação do debate ético para elaborar formatos mais abrangentes e inclusivos dos códigos profissionais.

A ética profissional na saúde

Uma profissão na área da saúde é definida, no sentido mais restrito da ética profissional, como organização reguladora que controla o ingresso nos papéis ocupacionais. Certifica formalmente que os candidatos adquiriram conhecimento e perícia necessários, a serem usados moralmente para beneficiar os pacientes⁵. Três interesses profissionais

definem conceitualmente uma profissão, segundo Testa: domínio de certo conhecimento, monopólio do mercado de trabalho e formalização de normas de conduta⁶.

O primeiro desses interesses refere-se às características do conhecimento profissional, sistematizado, adquirido e sancionado cientificamente em instituições de ensino. Pretende ser complexo, inatingível e incompreensível para leigos, o que pode se estender aos códigos regulamentadores. O segundo, conforme o mesmo autor, diz respeito à delimitação e exclusividade do mercado de trabalho; os profissionais se organizam em instituições de representação de interesses para pressionar o Estado. O terceiro elemento, a autorregulação, é considerado imprescindível para padronizar a conduta do profissional com seu par, com o concorrente e com o cliente, conferindo identidade, compromisso pessoal, interesses específicos e lealdades gerais. Profissões em saúde regulamentadas especificam e impõem obrigações que asseguram competência e confiabilidade profissionais, correlatas aos direitos das outras pessoas⁵.

Para Testa, a visão mais ampliada de prática profissional implica considerar tanto a ciência como as profissões além do campo das formalidades legais, no âmago da concepção histórica de Estado como continente global das práticas sociais. Portanto, admite-se que o médico cumpra duas funções: concreta, resultado de formação específica e de trabalho concreto, e outra abstrata, social e independente de formação científica, resultado de seu trabalho abstrato, identificada com a mais-valia, e que se desenvolve como consequência das condições sociais que o Estado gera para essa prática⁶.

Testa afirma que *as transformações do trabalho atual situam a medicina entre as práticas profissionais, cuja função, ao não fazer parte das relações diretas de produção entre capital e trabalho, se encontra no terreno da ideologia, do conjunto das classes que constituem a sociedade*⁷. O trabalho sobre o corpo das pessoas posiciona a medicina como *um dos elementos de controle exercido pelo Estado sobre o mesmo, completando os procedimentos de controle exercidos pelos demais aparelhos ideológicos do Estado para legitimar sua existência*⁸. O sucesso da medicina está associado ao poder que a profissão tem de promover a dependência do paciente/cliente em relação ao conhecimento e à competência do médico⁹.

Essa dependência, entretanto, é construída ideologicamente ao longo do processo histórico. Para dar conta da alienação, da negação

e do distanciamento autoimposto pelos médicos, desidentificados com o proletariado, Testa propõe que *o corpo social formado pelos corpos vivos das pessoas em relação é o verdadeiro objeto do trabalho médico*¹⁰. Para o autor, *comete-se um erro fundamental quando se considera como objeto de trabalho médico o corpo de um indivíduo isolado, pois são perdidas as determinações (históricas) que lhe conferem suas características únicas e irreversíveis: vida e humanidade*¹¹.

Enquanto nos códigos deontológicos da área, inclusive o médico, o objeto do trabalho é o corpo doente, o corpo sadio também é objeto das práticas em saúde, incorporando medidas de prevenção e promoção de saúde. A redefinição do objeto do trabalho médico como o processo saúde-doença propõe considerar essa unidade indissociável, o significado social da medicina como processo ligado à vida das pessoas em relação e sujeito às transformações da história^{2,6}.

O papel dos códigos no exercício profissional

O código profissional representa declaração formal do papel moral dos membros da profissão, especificando também regras de etiqueta e responsabilidade internas⁵. Se na organização social moderna uma profissão não prescinde de código de normas orientadoras da prática profissional, sabemos também que a moralidade inclui mais que obrigações. Na ocorrência de conflitos morais, reconhece-se, nos traços de caráter das pessoas que devem julgar, tanta importância quanto nas obrigações expressas nos princípios e nas regras⁵.

Considerando a aplicação da ética ao exercício profissional em saúde, é possível entender o motivo de se elencar certas virtudes. No mundo atual, globalizado, complexo e plural, a virtude mais importante é a aceitação do outro, de acordo com o contexto ambiental, cultural, político e econômico. Isso implica reconfiguração conceitual e prática do conceito de virtude encarado como conjunto que engloba justiça, solidariedade, responsabilidade e autenticidade, para conferir igualdade política e iguais oportunidades econômicas e sociais¹².

Virtudes estimulam o indivíduo a agir corretamente por convicção, e não por obrigação. Então, para evitar que vícios influenciem a atitude do profissional, os códigos de ética, de fundamentação deontológica, transformam em deveres as virtudes inerentes à profissão. O código de ética das profissões, portanto, materializa

exigências legais às quais todos os profissionais devem obediência sem questionar o porquê, pois, do contrário, serão punidos⁵. O código de ética profissional impõe face prescritiva à teoria ética normativa deontológica.

No entanto, profissionais agem também de acordo com a consciência individual, correspondente a relativização moral ou corporativismo simplista que pode ter origem no processo de formação e, posteriormente, mais fortemente nas trocas sobre regras do código deontológico com colegas médicos e não médicos no cotidiano da prática do cuidado em saúde. Outros fatores também podem influenciar, como valores próprios à religião professada e ao contexto geral cultural, hoje, em geral, expresso na mídia.

A obediência ao CEM é, portanto, relativa, e depende dessas trocas judiciais, interprofissionais, muitas vezes conflitivas, e com pacientes ou familiares. Depende igualmente dos valores sociais expressos pela mídia, que podem provocar movimentos de afirmação ou negação, com respostas dos conselhos profissionais que vão do silêncio à sindicância com arquivamento de processo ou advertência, ou punição mais severa com cassação definitiva do registro¹³. No atual momento histórico de reconhecimento da autonomia privada dos sujeitos, o CEM preceitua equilíbrio com a autonomia privada do médico³.

Profissionais de saúde no Brasil lidam com revisões periódicas de seus códigos e testemunham revisões de diferentes sistemas de códigos e leis para outros aspectos da vida pessoal e profissional. Essas revisões foram retomadas com o processo de redemocratização do país, e tornadas campo de conflitos em razão do desenvolvimento das profissões, da ciência e da tecnologia, e da hegemonia do capital em sua face atual neoliberal que monetariza a vida.

Cada mudança no sistema de códigos profissionais deve refletir, portanto, a maturidade corporativa profissional para compreender as mudanças mais gerais nos códigos de leis que devem proteger toda a nação. Deve também dialogar com conhecimentos oriundos das humanidades para que, em bases democráticas, garanta a constituição do laço social, ampliando os direitos e a proteção necessária dos mais vulneráveis. No entanto, a deontologização do conjunto dos dilemas éticos relacionados ao desenvolvimento acelerado e mercadológico das tecnociências parece exagerada e é criticada como vontade de monopólio da decisão. A redução dos problemas éticos a questões de ética profissional não mais se justifica¹⁴.

Compreensão sócio-histórica da ética profissional e do Código de Ética Médica

A face deontológica prescritiva ainda distanciada dos direitos do paciente no Código de Ética Médica, e mais ainda do processo saúde-doença, será melhor compreendida acompanhando-se sua evolução sócio-histórica. A humanidade tem testemunhado diferentes versões de regras, normas e códigos regulamentadores da profissão médica ao longo de uma história que data do início da era cristã, quando as primeiras regras deontológicas médicas surgem, mantendo a influência religiosa na formulação até hoje¹⁵.

Inicialmente na forma de juramentos e invocações, sob a influência do juramento de Hipócrates, foi somente no século XVI que a Royal College of Physician of London modificou a denominação de “Código penal para médicos” para “Código de ética”. Distanciava-se assim do ainda mais antigo Código de Hamurabi, rei de Babilônia, primeiro a instituir um código civil e criminal para todos, que versava inclusive sobre a prática médica¹⁶.

A influência da ética hipocrática paternalista, baseada no princípio da beneficência vertical ou impositiva, permaneceu hegemônica até recentemente, na gestão do corpo que só podia ser realizada por alguém qualificado, como o médico^{5,15}. Esse modelo sobreviveu na cultura ocidental, dominante em relações sociais e políticas, quando súditos apenas obedeciam sem qualquer poder de intervenção no governo e na gestão pública.

Durou até o século XVI, quando, com o advento da Reforma Protestante, que desafiou os dogmas da igreja de Roma, reconheceram-se as diferenças de valores e crenças para o convívio social. Nessa época, funda-se o princípio da tolerância e o conceito de liberdade de consciência.

No século XVII, materializa-se a elaboração dos direitos humanos básicos: direito a vida, saúde, liberdade, propriedade, o que pressupõe, de certo modo, o reconhecimento da autonomia para os indivíduos gerirem sua vida. As conquistas liberais alcançadas em seguida, em 1789, com a Revolução Francesa, caracterizada pelo pluralismo e pelo autogoverno, não foram suficientes para atingir o espaço de governabilidade do próprio corpo.

Ou seja, a medicina não foi atingida e médicos continuaram a decidir em nome dos pacientes, mantendo a postura paternalista até a metade do século XX. Esse modelo é denominado “monárquico” ou “vertical”¹⁶.

No fim do século XVIII, ocorre o nascimento da clínica característica da medicina moderna, fundamentada na experiência à beira do leito e dependente do olhar perscrutador do médico prático sobre o cadáver, agora com permissão para ser explorado. A respeito Foucault afirma:

Seria preciso conceber uma medicina suficientemente ligada ao Estado para que, de comum acordo com ele, fosse capaz de praticar uma política constante, geral, mas diferenciada de assistência: a medicina torna-se tarefa nacional e Menuret, no início da revolução, sonhava com cuidados gratuitos assegurados por médicos que o governo indenizaria, entregando-lhes as rendas eclesiásticas. Seria, por isso mesmo, necessário exercer um controle sobre esses médicos: impedir os abusos, proscrever os charlatães, evitar, pela organização de uma medicina sã e racional, que os cuidados em domicílio não fizessem do doente uma vítima e não expusessem ao contágio os que o cercassem. A medicina deverá receber do Estado testemunho de validade e proteção legal: a ele cabe estabelecer a existência de uma verdadeira arte de curar... A medicina pronuncia, com toda soberania, seu julgamento e seu saber. Torna-se centralizada¹⁷.

Em 1803, Thomas Percival usou a expressão “ética médica” na obra “Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons”, sendo a ele atribuída a elaboração do primeiro código de ética médica, que influenciaria modelos ainda na atualidade. Essa obra representou a transição da hegemonia tradicional hipocrática para uma ética menos doutrinária e mais normativa. Abordava a conduta médica nos diferentes espaços profissionais da época, a clínica particular e o hospital público, a relação entre colegas e os demais profissionais da saúde, a relação com o paciente e a inter-relação entre a medicina e o direito¹⁶.

No início do século XX, ocorre a transição para o modelo oligárquico de decisão compartilhada entre profissionais sem a renúncia da relação vertical com o paciente. Em decorrência de fatores externos à medicina, secundados por mudanças na política, na família e nos avanços científicos e tecnológicos acelerados e comportamentais reivindicatórios de direitos, passa a ocorrer a horizontalidade da clínica nas últimas décadas daquele século. Como resultado, o paciente foi incluído na tomada de decisões, houve democratização das relações sanitárias, com a participação ativa de usuários, superando-se o paternalismo e abrindo-se espaço à autogestão dos corpos. Os critérios morais são harmonizados à racionalidade científica e secular.

Nesse momento surgem, então, o código de direito dos doentes, o consentimento informado, o direito à escolha, à informação, à recusa ao tratamento, à educação em saúde, à qualidade dos serviços etc.^{5,15,16}. No final do século XX, nasce a bioética, a qual influencia fortemente a elaboração dos novos códigos de ética em todo o mundo, que, no entanto, permanecem ainda limitados pela orientação principialista anglo-saxônica. Embora pensados como documentos de conhecimento público, para orientação ética de profissionais, categorias e pessoas, há muitos aspectos não previstos nos códigos que demandam revisões periódicas, com acréscimos e substituições adaptáveis aos avanços técnico-científicos e de costumes em cada época.

Isso sugere ao profissional comprometimento ético pautado no código específico à sua categoria e para além dele, em regras tácitas construídas e obedecidas no cotidiano do exercício profissional. Nessa abertura para o ainda não regulamentado e prescrito, admite-se para o diálogo interprofissional o papel das virtudes, do bom senso, da atualização ética teórica, do posicionamento político, assim como maior abertura para o diálogo com o paciente e seus familiares ou representantes e com a própria sociedade. Ou seja, abertura inclusiva, dialógica, dialética, emancipadora, que supere a marca da tradição deontológica paternalista e ouse desafiar a marca principialista imposta¹⁴.

Desde a época de Hipócrates, médicos criaram códigos sem exame ou aceitação por parte dos pacientes e do público^{5,15,16}. Hoje, mais que mudança epistêmica, é necessária mudança política para uma ética que formule os direitos dos não médicos, em especial dos doentes e dos grupos e comunidades vulneradas. Uma ética que amplie seus direitos à autonomia na gestão dos corpos e dos processos de vida e morte, na defesa do público sobre o privado, e na consideração da sociedade em geral na revisão dos futuros códigos^{14,18}.

Outro aspecto histórico ainda a ser considerado é a posição do paciente como sujeito kantiano na relação com o médico, entendendo-se este, no contexto atual, como agente da satisfação das necessidades sanitárias do primeiro¹⁹.

Bioética latino-americana: referência para ampliar limites deontológicos

Desde seu advento, no século XX, a bioética tem evoluído, adquirindo, no mundo ocidental, características peculiares. Constitui-se, em especial,

em três sistemas distintos: o anglo-saxão, principialista, pioneiro e de forte influência sobre os demais sistemas; o humanista-europeu, orientado pelos direitos e deveres inerentes à pessoa humana; e o latino-americano, que prioriza as questões sociais e considera as consequências previsíveis. Enquanto os dois primeiros sistemas, individualistas, têm como eixos dominantes a ética da relação médico-paciente e a ética da pesquisa, sustentando-se na autonomia dos sujeitos sociais, para a bioética latino-americana o eixo dominante é a ética pública e coletiva.

A bioética, em especial a latino-americana, incorpora a ética biomédica, mas não se limita a ela e às fronteiras deontológicas próprias das relações entre profissionais e pacientes^{2,20}. Nos países desenvolvidos, a bioética ainda apresenta limitações conceituais e práticas, priorizando discussões para situações-limite decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico². Após seu advento na década de 1970 e sua difusão na década de 1980, a bioética passou por etapa de revisão crítica compreendida entre a década seguinte e os primeiros anos do século XXI.

Admitem-se distinções socioculturais visíveis nos movimentos de reconhecimento de direitos políticos de negros, mulheres, homossexuais, indígenas e outros grupos, além de se buscar o enfrentamento ético de questões sociais e sanitárias básicas como exclusão social e equidade. A etapa mais atual de ampliação conceitual ocorreu com a homologação da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH) da Unesco, em 2005²¹. A DUBDH confirma o caráter pluralista e multi, inter e transdisciplinar da bioética, ampliando a agenda temática para além da área biomédica/biotecnológica, no sentido dos campos sanitário, social e ambiental².

Embora críticas ao universalismo e à ênfase na autonomia do modelo norte-americano, principialista, estivessem em pauta, essa bioética manteve forte influência no CEM, que, nessa mesma época, era revisto pelo Conselho Federal de Medicina. A sincronia das etapas de crítica e revisão do modelo bioético principialista e do código não superou o descompasso do desconhecimento ou da negação dos avanços da bioética latino-americana. Fez prevalecer, na proposição final do CEM, a autonomia como princípio “inovador” e “principal contribuição à sociedade” para inaugurar novo tempo na relação médico-paciente³. Essa inovação paradoxalmente conservadora reafirma os limites do código deontológico na ação individual profissional, diferentemente da ênfase difundida na bioética latino-americana, de natureza plural e com foco no paciente e nas questões sociais.

A bioética brasileira desenvolveu-se tardiamente por aparecer de modo orgânico apenas nos anos 1990; daí em diante, mostra vigor inusitado. Se até 1998 a bioética brasileira ainda era cópia colonizada dos conceitos vindos dos países anglo-saxônicos do hemisfério Norte, a partir do surgimento e da consolidação de vários grupos de estudo, pesquisa e pós-graduação pelo país, sua história começou a mudar^{22,23}. A bioética latino-americana, ainda hoje, em consolidação conceitual e distante de reconhecimento ampliado, acadêmico e social, não foi a base dos fundamentos da revisão do CEM e dos códigos das demais profissões em saúde^{3,23-25}.

Segundo Garrafa²⁶, a bioética, diferentemente da ética profissional e deontológica, de cunho legalista, não tem por base a proibição, limitação ou negação, atuando com base na legitimidade das ações e das situações e na ação afirmativa, positiva. Para ele, na bioética, a essência é a liberdade, com compromisso e responsabilidade individual, pública e planetária. Em outros textos, o autor questiona o papel que a bioética já desempenha e poderá vir a ampliar na evolução das representações/organizações políticas e sociais do mundo atual^{18,22}.

Até 1998, a bioética priorizou temas e/ou problemas/conflitos biomédicos mais individuais do que coletivos. A partir de então, o campo expande suas pautas, incluindo, nas análises sobre a qualidade da vida humana, questões até então apenas tangenciadas. Questões como preservação da biodiversidade, finitude dos recursos naturais planetários, equilíbrio do ecossistema, alimentos transgênicos, racismo e outras formas de discriminação. Incluiu igualmente o tema da priorização na alocação de recursos escassos, o acesso das pessoas a sistemas públicos de saúde e a medicamentos etc^{2,23}. Garrafa afirma que:

Neste início de século XXI, portanto, a questão ética adquire identidade pública. Não pode mais ser considerada apenas como questão de consciência a ser resolvida na esfera da autonomia, privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo. Hoje, ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e ambientais e na interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, sendo essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na priorização das ações, na formação de pessoal... Enfim, na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos, principalmente aqueles mais frágeis e necessitados, bem como frente à preservação da biodiversidade e do próprio ecossistema,

*patrimônios que devem ser preservados de modo sustentado para as gerações futuras*²⁷.

A DUBDH tem sido a baliza ética que unifica e universaliza distintas teorias bioéticas contemporâneas não principialistas, tendo a dignidade humana como núcleo axiológico e fundamento ético-normativo de proteção à pessoa^{21,28}. A bioética latino-americana tem feição própria e pode oferecer às categorias profissionais em saúde elementos importantes para o reconhecimento e a defesa ampliada de direitos humanos. Tem como balizas éticas não apenas os quatro princípios de Beauchamp e Childress⁵, mas o conjunto de valores, princípios, regras e normas desenvolvidas pelos estudiosos da bioética e apresentadas na DUBDH, de forma contextualizada^{21,29}.

Pelo menos três correntes bioéticas latino-americanas têm seu campo teórico-epistemológico definido: bioética de proteção^{24,30}, bioética de intervenção^{22,23,31} e bioética dos direitos humanos²⁵. Feitosa e Nascimento³¹ teorizam sobre a bioética de intervenção (BI), genuína bioética brasileira, surgida no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. Assinalam que, durante sua primeira década de existência, a BI conseguiu, com base em sua fundamentação teórica e na colaboração com as demais bioéticas brasileiras e latino-americanas, assegurar, em âmbito internacional, a aceitação da dimensão política na formulação e na prática bioética ao estabelecer, como eixo aglutinador dessa dimensão, o paradigma dos direitos humanos³¹.

Essa aceitação internacional reclama, no Brasil, o reconhecimento da BI e das demais correntes para, então, se propor a revisar conceitos e práticas profissionais e institucionais. Com a última revisão ocorrida em 2008, ainda sob grande e assumida influência da bioética anglo-saxã, principialista, e diante dos avanços teóricos de bioéticas com características epistêmicas e políticas latino-americanas, perguntamo-nos se não seria prudente à corrente e necessária revisão do CEM ter como base essas reflexões.

Ética deontológica e bioética: antagônicas ou complementares?

A deontologia como teoria ética profissional é considerada, a partir do século XIX, como a ética do dever de Kant, cuja maior contribuição à teoria deontológica deveu-se à ênfase na autonomia do sujeito e à formulação do princípio da universalidade, materializado no imperativo categórico: *age de tal*

*modo que trates a humanidade tanto em tua pessoa como na pessoa de todos os outros sempre ao mesmo tempo como um fim, e jamais simplesmente como um meio*³². Pode ser definida como teoria na qual o que torna as ações corretas ou erradas são características intrínsecas às ações, e não apenas suas consequências³³.

A palavra “deontologia” foi criada por Jeremy Bentham em 1834, dando título à obra “Deontology or science of morality”, publicada em Londres, dois anos após sua morte. As palavras “deontologismo” e “escola deontológica” designam mais particularmente a doutrina dos moralistas ingleses do final do século XIX e do início do século XX que se opõem às escolas ontológica e utilitarista e defendem que o imperativo é exterior ao sujeito²⁰. As éticas deontológicas são uma espécie de ética normativa. Buscam fornecer diretrizes ou princípios gerais e se ocupam com o estudo (*logos*) dos deveres morais (*deon*)³³.

Beauchamp e Childress⁵ criticam a deontologia kantiana como teoria para a vida moral, apontando algumas falhas: 1) obrigações conflitantes – ao tornar todas as regras morais absolutas, Kant parece obrigar ao impossível para realizar ações em conflito; 2) superestimando a lei, subestimando os relacionamentos, em obrigações legais e contratos – a vida familiar, entre amigos, não é experimentada em formas de relacionamento moral reduzidas a trocas governadas por leis; 3) limitações do imperativo categórico, considerado obscuro e pouco funcional na vida moral; 4) abstração sem conteúdo de conceitos de bases fracas para conjunto determinado de regras morais, como racionalidade e humanidade.

No entanto, os autores afirmam que contribuição significativa da teoria kantiana foi sustentar decisão moral obrigatória em circunstâncias similares e de modo relevante. Quando juízo moral é sustentado por boas razões, essas razões são boas para todas as circunstâncias de modo relevante⁵. Ligada ao exercício das profissões liberais tradicionais, como medicina, direito e enfermagem, entre outras, a deontologia designa, em geral, o conjunto de deveres vinculados reunidos sob a forma de regras em código de ética ou moral¹⁶.

Campo do conhecimento específico, a ética profissional, de natureza predominantemente deontológica, com alguma frequência incorpora o conceito de bioética dissociado do exigido rigor teórico da disciplina, requerendo, portanto, definição de limites teórico-conceituais e de aplicação. A aplicação da teoria deontológica à ética profissional tem gerado conflitos e impasses desde o surgimento da bioética, que tem procurado definir seus limites com

essa tradição universalizante e, simultaneamente, impulsionar a reflexão e abertura ao diálogo para a tomada de decisões morais complexas, características da hipermodernidade. Segundo Garrafa:

*Há, e de certo modo, esta é uma constatação quase consensual, uma ligação entre a bioética e os estudos ligados à ética profissional. Ambas lidam com a ética, a moral, os valores, as regras de conduta, enfim, temas ligados ao bem-viver na humanidade. A diferença, no entanto, é que a bioética, diferentemente dos estudos pertinentes à ética profissional – isto é, aqueles baseados nos estatutos, nos códigos, nas leis ou, mesmo, em mandamentos – não procura respostas definitivas e absolutas para os conflitos morais surgidos no desenvolvimento das profissões ou na relação dos profissionais de saúde com seus pacientes. Enquanto a ética profissional traz, na sua trajetória, histórias de respostas e fórmulas preestabelecidas para os conflitos, com base, principalmente, nos chamados códigos de ética profissional, a bioética se caracteriza por uma análise processual dos conflitos a partir de uma ética minimalista que permita a mediação e a solução pacífica das diferenças. Assim, diferentemente da ética profissional, o papel da bioética não é a obrigatória resolução do conflito, mesmo porque existem conflitos (como o aborto, por exemplo) que, à luz do pluralismo moral – que é uma das bases de sua sustentação teórica, simplesmente não são solucionáveis sob a ótica de uma ética que se queira universal*³⁴.

O mundo globalizado se caracteriza pelo domínio, no campo da política, da defesa dos ideais democráticos, o que implica viver em sociedades pluralistas. Com isso, instituições são compelidas a modificar suas práticas em perspectiva não corporativa e moralmente plural. A medicina, em particular, tem sido alvo permanente de críticas e pressões para mudanças em seu código ético profissional, permissivo ainda de modelo de relação médico-paciente oligárquico, verticalizado, paternalista, porque baseado na bioética principialista. Esse modelo deve ser ultrapassado por um mais democrático, que respeite a dignidade da pessoa, autônoma nas decisões sobre seu corpo e seu destino, e equilibre interesses individuais e da coletividade nas decisões em saúde, privilegiando, no entanto, a saúde pública como direito constitucional^{2,14,15,18}.

Conceitos e práticas em saúde modificam-se ao longo da história. Na atualidade, o mundo capitalizado investe na financeirização da vida, transformando o corpo em objeto negociável e a saúde em bem para trocas comerciais. Os avanços tecnológicos de

alta complexidade e alto custo necessários à saúde individual competem com ações em atenção primária, drenando recursos para maior alcance e resolutividade dos problemas coletivos em saúde. Além disso, observa-se a expansão acelerada e desigual de instituições prestadoras de serviços à saúde, invadindo o campo da gestão pública da saúde. Nesse contexto, pacientes organizam-se para reivindicar direitos, e a saúde torna-se campo de judicialização.

O acesso livre ao conhecimento em saúde amplia as reivindicações a direitos e o debate sobre questões restritas antes aos médicos, e a educação médica estabelece como prioridade o ensino de competências para a atenção primária em saúde. Os limites interprofissionais têm sido questionados com reivindicações das demais categorias pelo direito ao diagnóstico e à prescrição de medicamentos, enquanto a transição epidemiológica impõe o debate sobre alocação de recursos. Por fim, reconhece-se, hoje, a saúde como resultante da interação de todas as demais áreas de atuação humana: educação, trabalho, lazer, espiritualidade, ecologia, nutrição, segurança etc.^{2,6,7,13-15,18}.

Todas essas questões de caráter político-social e o surgimento da bioética, a partir da década de 1970, têm modificado a percepção de uma deontologia médica corporativista para outra, aberta às contribuições de todos os segmentos da sociedade, objetivando reformular as regras éticas do exercício da medicina. O atual CEM, vigente desde 2010, foi influenciado pela bioética principialista, com a contribuição de propostas de mudanças de 750 médicos³. Presume-se que, entre esses, havia representantes do setor de serviços em saúde, e nenhuma contribuição da sociedade em geral foi relatada. Esse fato pode ser corrigido na revisão atual do CEM, com possibilidade de mais ampla participação da sociedade civil³⁵.

A complexidade da biomedicina contemporânea exige abertura da ética médica para abordagem bioética mais avançada que a principialista, assim como um novo código que considere também contribuições de diferentes segmentos sociais, não médicos. A formulação de problemas éticos, em termos exclusivamente deontológicos, garante a independência do médico e a sua opinião em relação às pressões políticas, sociais, econômicas etc. No entanto, se o espírito dessa ética não está conforme com as declarações de direitos humanos, essa independência não confere garantias nem se constitui como força de resistência moral em países ou contextos em que haja violação de princípios democráticos¹⁴.

A complexidade dos fenômenos da vida não permite o monopólio das decisões, ainda mais quando neles reconhecemos a natureza político-social e as múltiplas possibilidades de funcionamento segundo a lógica do mercado. Portanto, nem a vontade de monopólio da decisão nem a redução dos problemas éticos a questões de ética profissional se afiguram justificadas^{2,14,15,20,33}. Afirmam Hottois e Missa:

É a esta situação que o ponto de vista bioético pretende fazer justiça, ao abrir o debate ético e ao definir a deontologia e a ética médica stricto sensu como um aspecto limitado da problemática ética geral colocada, hoje em dia, pelas práticas biomédicas cujas fronteiras com as biotecnologias tornaram pouco claras. A deontologia e a ética médica abordam-nas do ponto de vista dos médicos e dirigem-se exclusivamente aos médicos¹⁴.

Recorrendo à prudência (posição deontológica), à prevenção de erros nos experimentos científicos, sua respeitabilidade e destino humano, o Comitê Consultivo Nacional de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde francês afirma, segundo Durand²⁰, que não são o conhecimento e a medicina que constituem ameaça, e, sim, o poder e o desejo. O desenvolvimento das tecnociências e da biomedicina confere novos poderes a médicos e pesquisadores, o que gera a possibilidade de ameaças às liberdades individuais, e a necessidade de apelo aos direitos humanos para regulá-los.

A deontologia, como código, apresenta-se diante desse quadro de necessária vigilância e de estabelecimento de limites como força coercitiva, por isso mesmo fechando-se a interpretações mais restritas, diferentemente da bioética. Por isso, não é democrático deixar aos membros de uma única profissão as decisões que implicam escolhas sociais importantes^{14,20}.

A ética clínica se refere, sobretudo, aos critérios da deontologia médica tradicional. No entanto, outros enfoques podem ser explorados, menos normativos, com visão ética ampliada, contextualizando a realidade das demandas locais em saúde e considerando as características da distribuição dos poderes e seus efeitos resultantes no acesso e na alocação de recursos.

A prática clínica, na atualidade, adquiriu novas características e personagens: a multiplicidade de interlocutores tornou obsoleto o “colóquio singular”, e o poder tecnológico abre espaço à incerteza, abertura inevitável a questões filosóficas mais amplas (a medicina do desejo de bem-estar subjetivamente

definido e ilimitado e as repercussões sociais presentes e futuras inevitáveis das escolhas singulares)^{20,36}.

O reconhecimento de que a deontologia médica tradicional se transforma lentamente em ramo da filosofia moral, da ética prática, não nos impede de prever e prevenir o caminho conflituoso dessa transformação. Não apenas o CEM precisa ser revisto e atualizado para incorporar as contribuições dos distintos segmentos sociais, na direção de uma bioética latino-americana, mas as distintas instituições de saúde necessitam transformar seus comitês de ética. Esses comitês são geralmente compostos totalmente, ou em grande parte, por médicos, e orientados para a normatização da pesquisa, em comitês bioéticos, com a participação igualitária de diferentes profissionais e representantes da comunidade.

Vivemos momento de grande influência bioética nos debates sobre questões ampliadas da saúde, em que se delineiam posições tomadas a partir de casos concretos e singulares. Esses casos são passíveis de uso como exemplos de consenso, se consideramos problemas da desigualdade social e de iniquidade dela decorrentes e se buscamos soluções com perspectiva ético-política latino-americana e nacional distanciadas do principialismo.

A herança colonialista anglo-saxã e as pressões do mercado impõem-nos cegueira moral que nos impede de considerar valores e princípios necessários e reais a nos guiar: os verdadeiramente democráticos. Sugere-se, para revisões dos códigos profissionais, considerar os princípios democráticos constantes na DUBDH²¹. Essa é a reflexão necessária para superar interesses corporativistas e entender que nossos atos não são destituídos de valores ou reféns de uma ética que nos determina e ultrapassa, mas que pode e deve ser reparada. Além disso, essa reflexão leva a absorver contribuições das distintas áreas do conhecimento para inseri-las no debate ético, plural, voltado à construção das novas realidades.

Gracia sugere que, para superarem modelos de relação profissional absolutista, beligerante, ou liberal de tática de neutralidade, as profissões devem adotar atitude deliberativa sobre valores inclusive no campo institucional com a deliberação coletiva sobre objetivos comuns. O modelo mais recente, liberal, reduz o encontro médico a atividade mercantil regulada pela competência e pelas leis³⁷.

É a articulação de vozes, no coro plural em defesa dos direitos humanos à saúde, como direitos ampliados às questões biotecnológicas e ambientais, de enfrentamento de iniquidades resultantes das

injustiças sociais e de proteção às gerações futuras, que confere dignidade aos nossos atos e, simultaneamente, à pessoa sob cuidado.

Considerações finais

A sociedade enfrenta dilemas na atualidade na ordem das fronteiras individuais, profissionais, sociais, de nação e planetários, impostos pelo acelerado desenvolvimento tecnocientífico, pela horizontalização de relações e decisões, e pela hegemonia do capital neoliberal. Nascimento, vida e morte sofrem intervenções legitimadas pelas contribuições dos distintos campos de pesquisa científica, nem sempre consideradas éticas. No plano individual, a despolitização, os comportamentos homogêneos e o individualismo têm induzido o consumismo sem reflexão, obsessão pela juventude, pela busca de longevidade, do corpo perfeito, da felicidade planejada. Como consequência, geram angústia e medo do outro, distanásia, xenofobia e desastres ambientais.

No plano social e no contexto da saúde, em países de economia frágil e sistemas políticos instáveis, dependentes e explorados por outros de economia mais forte, os efeitos incorrem na insuficiência e má distribuição dos recursos alocados, dificultando o acesso das camadas mais vulneráveis da população a serviços essenciais à manutenção da vida com qualidade.

Ao lado do ressurgimento ou agravamento das situações persistentes, relacionadas à exclusão social, esses países devem gerir situações emergentes relacionadas ao desenvolvimento científico (engenharia genética, uso terapêutico de células tronco, doações e transplantes de órgãos, fecundação assistida e descarte de embriões, eugenia, barrigas de aluguel, cirurgias de redesignação sexual, clonagem, biossegurança etc.) adequando-as à pressão por poucos recursos exercida pelos grupos de saúde suplementar.

A complexidade da vida, o acúmulo de conhecimento científico com a contribuição das ciências humanas e sociais, a necessidade de reconhecimento e a ampliação dos direitos humanos exigem que, para a tomada de decisões, além da ética individual, nos responsabilizemos pelo desenvolvimento de uma ética pública e planetária. Isso permitiria a proteção da vida individual, de grupos sociais minoritários e gerações futuras, além da gestão sustentável do meio ambiente.

O documento indicado para balizar essas responsabilidades, na gestão do presente e na criação de possibilidades de futuro com dignidade, e que deve incidir também na ética profissional, é a DUBDH. O CEM brasileiro, influenciado e limitado pela bioética principialista anglo-saxã, encontra-se distanciado de princípios mais amplos que permitem a reflexão contextualizada e aprofundada de questões locais e nacionais, que priorizam os grupos mais vulnerados.

Os códigos éticos profissionais devem se adequar à própria realidade social, econômica e política, priorizando valores, princípios e normas que salvaguardem e ampliem os direitos, em comunhão com a saúde pública e coletiva. O ser humano é o único sentido e meta para o desenvolvimento; desse modo, somente ele deverá ser sujeito de qualquer regulamentação que se pretenda democrática, participativa e verdadeiramente bilateral.

Referências

- Berlinguer G. Bioética cotidiana. 2ª ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
- Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 741-57.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. Diário Oficial da União. Brasília; 24 set 2009.
- Tealdi J, editor. Dicionário latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco/Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. Nova York: Oxford University Press; 2012.
- Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- Testa M. Op. cit. p. 75.
- Testa M. Op. cit. p. 76.
- Pereira Neto AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Testa M. Op. cit. p. 81.
- Testa M. Op. cit. p. 82.
- Paviani J, Sangalli JJ. Ética das virtudes. In: Torres JCB, organizador. Manual de ética: questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 225-46.
- Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Hottois G, Missa JN. Nova enciclopédia da bioética: medicina, ambiente, biotecnologia. Lisboa: Instituto Piaget; 2003.
- França GV. Deontologia médica e bioética. In: Clotet J, organizador. Bioética. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 58-66.
- Drumond JGF. Ética, códigos e deontologia em tempos de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hosne WS, organizadores. Bioética em tempos de incertezas. São Paulo: Loyola; 2010. p. 133-50.
- Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977. p. 21.
- Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. Rev. bioét. (Impr.). 2012;20(1):9-20.
- Pyrrho M, Prado MM, Córdón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de ética odontológica brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1911-8.
- Durand G. Introdução geral à bioética. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2010.
- Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. [Internet]. Genebra: Unesco; 2005 [acesso 20 jul 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1TRJFa9>
- Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética. 2005;13(1):125-34. p. 132.
- Tealdi JC. Op. cit. p. 161.
- Tealdi JC. Op. cit. p. 165.
- Tealdi JC. Op. cit. p. 177.
- Garrafa V. Bioética e ética profissional: esclarecendo a questão. Jornal Medicina; 8(97):28. 1998.
- Garrafa V. Op. cit. 2005. p. 132.
- Oliveira AAS. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. Rev. Bioética. 2007;15(2):170-85.
- Pessini L. Bioética na América Latina: algumas questões desafiantes para o presente e futuro. Bioethikos. 2008;2(1):42-9.
- Kottow M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. Bioética: riscos e proteção. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005. p. 29-44.
- Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(2):277-84.

32. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos. Lisboa: Edições 70; 1960. p. 79.
33. Esteves J. Éticas deontológicas: a ética kantiana. In: Torres JCB, organizador. Manual de ética: questões de ética teórica e aplicada. Petrópolis: Vozes; 2014. p. 247-67.
34. Garrafa V. Op. cit. 1998. p. 28.
35. Conselho Federal de Medicina. Mudanças em favor da medicina e da sociedade. Revisão do código de ética médica. [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 20 jan 2017]. Disponível: <http://www.rcem.cfm.org.br/>
36. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. Santa Fé de Bogotá: El Buho; 1998.
37. Gracia D. Pensar a bioética: metas e desafios. São Paulo: Loyola; 2010.

Participação dos autores

Artigo elaborado por Francisco José Passos Soares a partir de ideia de Volnei Garrafa, que, assim como Helena Shimizu, também participou da análise e revisão final do texto.

