

ÉTICA MÉDICA

*Quirino Cordeiro**

*Alexandra Martini de Oliveira***

*Rafael Bernardon Ribeiro****

*Sérgio Paulo Rigonatti*****

RESUMO

A atividade médica pode ser compreendida em dois diferentes contextos, ou seja, na prática clínica e na pesquisa científica. A prática clínica é definida como qualquer ato realizado em um paciente com o objetivo de diagnosticar ou tratar doenças. Em contrapartida, a pesquisa clínica tem como objetivo investigar os mais diversos aspectos relacionados à saúde do ser humano, podendo ser conduzida tanto em indivíduos saudáveis como também em pacientes. Desse modo, o presente trabalho abordará os vários aspectos da ética médica, tanto no contexto da prática clínica do médico, como em sua prática científica.

Palavras-chave: Clínica; Código; Moral; Pesquisa.

* Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); diretor do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; professor assistente e chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

** Mestre em Psiquiatria pela FMUSP; diretora do Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

*** Médico psiquiatra pela FMUSP; mestrando em Psiquiatria Forense no Institute of Psychiatry, King's College, Londres.

**** Mestre e doutor em Psiquiatria pela FMUSP; coordenador do Programa de Psiquiatria Forense do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP; presidente do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo.

ABSTRACT

The medical activity can be understood in two different contexts, i.e., in clinical practice and scientific research. Clinical practice is defined as any act performed in a patient in order to diagnose or treat diseases. In contrast, clinical research aims to investigate various aspects related to the health of human beings, and can be conducted in both healthy subjects and also in patients. Thus, this paper will address various aspects of medical Ethics both in the context of clinical practice of physicians, as well as in their scientific practice.

Keywords: Clinics – Code – Moral – Research.

INTRODUÇÃO

A Ética pode ser compreendida como a área da filosofia que estuda os fundamentos e princípios dos aspectos morais da vida. A filosofia grega, em seus primórdios, buscava encontrar a natureza do bem no comportamento humano, com o objetivo de identificar um princípio absoluto de conduta e atitude perante os dilemas morais da condição humana. Aristóteles foi o primeiro pensador grego a estudar os fundamentos da Ética de maneira sistemática na obra *A Ética a Nicômaco*. Nesse trabalho, o filósofo indica a vida ideal como sendo aquela repleta de vivências com virtudes, o que levaria à felicidade. Assim, percebe-se que, desde os seus primórdios, a Ética é uma ciência prática e normativa que estuda a moralidade dos atos humanos e, que, portanto, norteia-se pela razão natural do homem. A Ética é totalmente atrelada à condição humana e pressupõe a reflexão e tomada de decisões sobre dilemas que envolvem a vida das pessoas. Sendo assim, a Ética adentra também no campo das normatizações e dos códigos de conduta, onde se estabelecem os deveres das pessoas ante as expectativas sociais. As normas de conduta e os códigos deontológicos são resultados do consenso social em relação aos dilemas mais comuns que permeiam determinado grupo social, pois as relações entre as pessoas necessitam ser intermediadas por leis, resoluções e códigos de comportamento. Portanto, os códigos de Ética são consen-

sos que regem diferentes tipos de condutas (FIGUEIREDO, 2008, p. 1-9).

No campo da medicina, a ética surge com o princípio hipocrático *primum non nocere* (primeiro, não causar o mal), norteador da prática clínica até hoje, e que coloca os interesses dos pacientes sempre em primeiro lugar. Desde o juramento de Hipócrates já se tornava evidente também o compromisso dos médicos com seus colegas de profissão e com a sociedade como um todo. Assim, a ética médica pode ser definida como um conjunto dos estudos dos direitos e deveres dos médicos ante sua atuação profissional (COHEN; SEGRE, 1999). Desse modo, a ética médica tem como função determinar as normas necessárias para a atuação profissional dentro dos limites da retidão.

A atividade clínica na medicina pode ser dividida em dois tipos, ou seja, a prática clínica e a pesquisa clínica (GRACIA, 2001). A prática clínica é definida como qualquer ato realizado no corpo de um paciente com o objetivo de diagnosticar e tratar suas doenças. Por seu turno, a pesquisa clínica tem como objetivo investigar os mais diversos aspectos relacionados à saúde do ser humano, podendo ser conduzida tanto em indivíduos saudáveis, como também em indivíduos doentes (GRACIA, 2001). Assim sendo, o presente trabalho abordará os vários aspectos da ética médica tanto no contexto da prática clínica do médico, como em suas atividades de pesquisa científica.

ÉTICA MÉDICA NA PRÁTICA CLÍNICA

O Código de Ética Médica mais antigo é o tradicional juramento de Hipócrates, apesar dos 25 séculos de história, e seus princípios permanecem vivos até os dias de hoje. No entanto, o inglês Thomas Percival é visto como o pioneiro na elaboração daquele que é considerado o primeiro código de ética médica da era moderna, que data do final do século xviii. Motivado pelo clima de tensão e desentendimentos no meio hospitalar em Manchester, Inglaterra, e na tentativa de normatizar o ambiente de trabalho médico, o primeiro código

de ética médica tinha como objetivo final eliminar conflitos profissionais, moralizar a profissão e contribuir na formação do caráter dos médicos. O código de Ética de Thomas Percival teve sua versão final publicada em 1803 e atendia aos princípios básicos que um código de ética profissional deve cumprir, a saber, orientar seus membros sobre os princípios morais de conduta em sua prática profissional (NEVES, 2006).

Mais recentemente, diversas organizações nacionais e internacionais passaram a elaborar códigos normativos de conduta para os médicos. Dentre eles, destacam-se a Declaração de Nuremberg (1946), a Declaração de Genebra (1948), o Código Internacional de Ética Médica (1949), a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e revisada em Tóquio em 1975, e os Princípios de Ética Médica Relativos à Tortura e Crueldade com Prisioneiros e Detentos, das Nações Unidas (1983). De um modo geral, todos estes códigos enfocam primordialmente o bem-estar e a defesa dos direitos dos pacientes (MARTIN, 1993). Atualmente, em geral, os códigos de ética médica têm fornecido um regimento norteador das atividades médicas, apresentando tanto um enfoque educativo como punitivo, sendo que ambas as abordagens levam à construção e fortalecimento da cidadania.

Os códigos de ética médica brasileiros surgiram a partir da criação do Conselho Federal de Medicina, em meados do século XX, e tiveram suas raízes históricas na tradição hipocrática e evoluíram incorporando o desenvolvimento técnico-científico e social. No País, os Conselhos Federal e Regionais de Medicina são responsáveis por interpretar e julgar as ações dos médicos, quando do seu exercício profissional, à luz das normas éticas de conduta contidas no Código de Ética Médica vigente. A primeira organização brasileira que se preocupou com as questões normativas do exercício da Medicina foi a Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829 com o nome de Sociedade de Medicina. Seu primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica data de 1851 (NEVES, 2006).

A primeira publicação do Código de Ética Médica no Brasil ocorreu em 1867, por meio de uma versão para o português do Código da Associação Médica Americana (MARTIN, 1993). Os capítulos do código abordavam temas relacionados aos deveres dos médicos para com seus pacientes, obrigações dos pacientes para com os médicos, deveres dos médicos entre si e para com a profissão em geral, deveres dos médicos quando um interfere no campo de atuação do outro, deveres do médico para com o público e obrigações do público para com a profissão médica.

Em 1929, o Sindicato Médico Brasileiro publicou o *Boletim do Sindicato Médico Brasileiro*, que era uma tradução do Código de Moral Médica (1929) aprovado pelo Congresso Médico Latino-Americano. Este Código abordava temas muito parecidos com aqueles tratados na primeira publicação do código de Ética Médica no Brasil (MARTIN, 1993).

Dois anos depois, em 1931, foi aprovado o “Código de Deontologia Médica” (1931) que se assemelhava muito ao anterior, mas apresentava como novidade a incorporação de temas que relacionavam a atuação médica e suas possíveis implicações judiciais (NEVES, 2006).

O próximo código brasileiro de conduta médica foi o “Código Brasileiro de Deontologia Médica” de 1945, que apresentava o modelo da relação médico-paciente caracterizado pelo “paternalismo benigno”, que era marcado pela solidariedade e fraternidade do médico para com o paciente. Este modelo foi dominante por muito tempo não apenas no Brasil, e estava de acordo com os preceitos éticos da época, em que prevaleciam os valores e decisões do médico sobre os dos pacientes (MARTIN, 1993).

O Código de 1953 estabeleceu o então recém-criado Conselho Federal de Medicina como o responsável pelo julgamento de violações éticas ocorridas quando da prática clínica médica. Neste Código, o paternalismo se encontrava enfraquecido, sendo retirados os artigos que infantilizavam os pacientes e faziam referência ao médico como pai ou educador.

Já então sob a égide do Conselho Federal de Medicina, foram criados os códigos de Ética Médica de 1965, 1984, 1988 e o atual de 2010. O Código de Ética Médica teve importância grande na construção da cidadania brasileira, incorporando o respeito e a defesa de vários direitos dos pacientes, no contexto do processo de redemocratização do Brasil.

A versão atual do Código de Ética Médica, que vigora desde o dia 13 de abril de 2010, traz uma série de modificações no enfoque das questões clínicas enfrentadas pelos médicos em sua prática profissional. O novo Código orienta os médicos para que obtenham o assentimento dos pacientes menores de idade em qualquer ato médico, mesmo que o paciente esteja representado pelos pais ou responsáveis legais, pois esses menores também têm o direito à informação acerca dos procedimentos aos quais serão submetidos. O presente código também orienta os médicos a não se deixarem levar pelas pressões das instituições de saúde para que atendam mais pacientes do que é possível tecnicamente.

Também foram reforçados, nessa última versão do Código de Ética Médica, temas como a proibição ao médico de fazer comercialização de qualquer medicamento, órteses, próteses ou implantes, bem como o recebimento de qualquer tipo de comissão ou favorecimento da indústria farmacêutica por produtos prescritos, porém não adequados ou desnecessários ao paciente. Foi proibida também a relação do médico com empresas de financiamento, cartões de desconto ou consórcios para procedimentos médicos.

Sobre o prontuário médico, além da orientação para que ele seja confeccionado de maneira legível, foi proibida a permissão de manuseio e conhecimento de seu conteúdo por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional, enquanto o documento estiver na responsabilidade do médico.

O novo código também passou a obrigar os médicos a informarem sobre seus patrocínios e conflitos de interesse em palestras, conferências ou quaisquer apresentações de trabalhos técnico-científicos. O código começou ainda a obri-

gar que o médico registre seu título de especialista junto ao Conselho Regional de Medicina.

Para finalizar, o presente código defende que a relação médico-paciente é pessoal e não de consumo, não devendo ficar sujeita às regras do Código de Defesa do Consumidor. Assim, a responsabilidade civil do médico é pessoal, prescindindo, então, de culpa (negligência, imprudência ou imperícia), não podendo ser presumida, não se operando, assim, a responsabilidade civil objetiva.

ÉTICA MÉDICA NA PESQUISA CIENTÍFICA

Até o final do século XIX, a atividade clínica em medicina era definida como sendo “baseada em intenções”, sendo que só era considerada ética a atividade de pesquisa em Medicina se a intenção primeira buscasse o esclarecimento do diagnóstico ou o tratamento do paciente (GRACIA, 2001). Sendo assim, à época, a pesquisa médica ocorria apenas baseada no que se convencionou chamar de “princípio do duplo efeito” ou “princípio do voluntariado indireto”, sendo que a busca do conhecimento científico só seria válida se ocorresse de maneira indireta à prática clínica diagnóstica ou curativa (GRACIA, 2001).

Apenas a partir do início do século XX é que se passou a admitir no meio médico-científico a realização de pesquisas com o objeto direto da atividade clínica em Medicina, ou seja, o ser humano. À época, começou a se consolidar a ideia de que qualquer ato médico só viria a ser válido se passasse obrigatoriamente por uma confirmação científica prévia. Começava, então, o que viria a se chamar de “medicina baseada na validação” ou “Medicina baseada em evidências” (SACKETT, 1996, p. 71-2; EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, 1992). Por critério, nada poderia ser considerado diagnóstico ou terapêutico se o processo de investigação não provasse sua condição como tal e, portanto, nada poderia ser utilizado na prática clínica se não tivesse sido comprovado anteriormente por meio da investigação clínica.

Segundo o psiquiatra, historiador e bioeticista espanhol Diego Gracia, a história da investigação clínica em Medicina pode ser dividida em três fases, de acordo com os princípios éticos que eram considerados nas diferentes épocas (GRACIA, 2001).

A primeira fase histórica vai desde os primeiros tempos da prática médica ocidental até por volta do ano 1990; a segunda etapa vai do início do século XX até o término da Segunda Guerra Mundial; e a terceira etapa estende-se desse último momento histórico até os dias atuais.

A pesquisa clínica em Medicina até o final do século XIX foi marcada pela casualidade, sendo que os procedimentos médicos em humanos tinham que apresentar *per se* um caráter clínico (diagnóstico ou terapêutico) e, portanto, vinculado necessariamente ao princípio ético da beneficência (*primum bonum facere*). Um ato médico teria um caráter investigativo apenas *por accidens*. A pesquisa clínica só poderia ser eticamente aceitável se tivesse como interesse primeiro o benefício clínico do paciente e, apenas como consequência disso, poder-se-ia aceitar a busca pelo conhecimento científico. Isso significa que a pesquisa, como objetivo principal da ação (investigação “pura”), deveria ser conduzida apenas em animais, cadáveres e prisioneiros condenados à morte, já que tais pessoas eram consideradas em situação pré-cadavérica e, ademais, poderiam, com sua participação em pesquisas, redimir o possível mal que tivessem causado ao conjunto social (GRACIA, 2001). Nesse primeiro período, a “investigação pura” conduzida em seres humanos sempre foi caracterizada como desumana e antiética, excetuando-se, como já exposto acima, quando as experimentações eram conduzidas em prisioneiros condenados à morte (GRACIA, 2001).

Com o início do século XX, houve também o começo da transformação do pensamento científico acerca da investigação clínica. As concepções científicas na área médica passaram a considerar exatamente o contrário do que se considerava até então. Antes se concebia que nada que não fosse clíni-

co poderia ser justificado como experimental; depois disso passou-se a estabelecer que eticamente nada que não tivesse sido comprovado experimentalmente poderia ser justificado como passível de uso na prática clínica. Nada poderia ser denominado “clínico” se não tivesse sido “validado” e, portanto, a investigação clínica em seres humanos passou a ter de ser possível *per se* e não somente *per accidens*, uma vez que, sem isso, não se poderia dizer que algo era realmente diagnóstico ou terapêutico, ou seja, clínico.

Essa mudança de concepções sobre a pesquisa científica em Medicina, que levantou a necessidade ética da realização de pesquisas em seres humanos como processo necessário para a validação da prática clínica, modificou e afetou a atividade em diferentes áreas da Medicina. Um exemplo importante é aquele que ocorreu com as investigações em Farmacologia, que passaram de uma abordagem investigativa experimental com animais (Farmacologia Experimental) para uma abordagem investigativa com seres humanos (Terapêutica Clínica).

Muitos fatores concorreram para que houvesse essa mudança nos paradigmas éticos da investigação médica envolvendo seres humanos. No entanto, houve um fato marcante na história da terapêutica farmacológica moderna que influenciou sobremaneira a ideia de que as pesquisas médicas deveriam apresentar obrigatoriamente uma etapa envolvendo seres humanos, a saber, os efeitos teratogênicos da talidomida. Por conta das mudanças de entendimento sobre as necessidades de realização de pesquisas envolvendo seres humanos para a validação da prática médica clínica, a participação de voluntários, saudáveis e doentes, passou a ter papel crucial na condução dos experimentos. Nesse momento histórico, o princípio ético da autonomia passou a ter função primordial na seleção dos sujeitos de pesquisa. À época, passou-se a creditar importância central à decisão possivelmente autônoma do sujeito de pesquisa em participar dos experimentos que passaram a ser conduzidos. Assim, um ponto importante

que acabou por emergir dessa situação foi a vulnerabilidade em que se encontravam muitos sujeitos de pesquisa quando decidiam tomar parte em uma investigação médica.

Como descrito acima, e como bem sabido, as maiores atrocidades envolvendo pesquisas com seres humanos aconteceram durante a vigência do nazismo na Alemanha. Os experimentos nazistas, realizados entre as décadas de 1930 e 1940, causaram dor, humilhação e mortes terríveis aos prisioneiros dos campos de concentração, fossem eles judeus, ciganos, homossexuais ou qualquer tipo de inimigo do regime.

A ideia de que os pesquisadores poderiam regular suas atividades de pesquisa passou a ser questionada pela sociedade depois das experiências ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial. Assim, uma nova fase na história da pesquisa médica começou, contando com a organização de regulamentações mais consistentes da pesquisa envolvendo seres humanos, com maior controle social, obrigando os pesquisadores a apresentarem uma postura de maior responsabilidade. Nessa terceira etapa da história das pesquisas médicas, a Ética tornou-se norteadora da evolução da produção científica.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, o Tribunal Militar Internacional, em Nuremberg, julgou 23 pessoas – 20 das quais, médicos – que foram consideradas criminosas de guerra pelos brutais experimentos realizados em seres humanos nos campos de concentração nazistas. Esse foi o primeiro dos doze processos de guerra de Nuremberg, sendo esse o processo contra os médicos, tais como Rudolph Brandt, Waldemar Hoven e muitos outros. Na ocasião, foi elaborado, também, um documento, que ficou conhecido como Código de Nuremberg. Entretanto, a força legal de tal documento não foi estabelecida e incorporada imediatamente pelas leis americanas e alemãs.

Em virtude de algumas imperfeições no Código de Nuremberg, a Associação Médica Mundial elaborou a Declaração de Helsinque, em junho de 1964, durante a 18ª Assembleia

Médica Mundial, na Finlândia. A partir de então, esse documento tornou-se referência ética na maioria das diretrizes nacionais e internacionais, defendendo, em primeiro lugar, a afirmação de que “o bem-estar do ser humano deve ter prioridade sobre os interesses da ciência e da sociedade”, e dando importância especial ao consentimento livre e firmado em pesquisas médicas que envolvessem seres humanos. Posteriormente foi revisada seis vezes, sendo sua última revisão em outubro de 2008. A Declaração de Helsinque é um importante documento na história da ética em pesquisa e surge como o primeiro esforço significativo da comunidade médica para regulamentar a investigação clínica. É considerada o primeiro padrão ético internacional de pesquisa biomédica e constitui-se como base para a maioria dos documentos subsequentes na área.

Seguindo o conceito da necessidade de controle ético social para a realização de pesquisas médicas envolvendo seres humanos foi redigido, em 1982, o documento *Diretrizes internacionais para pesquisa biomédica envolvendo seres humanos*, por meio da parceria entre o Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas e a Organização Mundial da Saúde. Tais diretrizes foram revisadas em 1993 e passaram a reconhecer a necessidade de revisão e aprovação de protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos por uma “comissão de revisão ética”.

No entanto, a despeito da criação de várias normas internacionais de controle ético social, inúmeras situações de desrespeito ainda vinham acontecendo em pesquisas envolvendo seres humanos. Assim sendo, medidas para combater abusos em pesquisas com sujeitos vulnerados começaram a ser criadas de maneira mais organizada e sistematizada. Entidades governamentais e não governamentais passaram a se envolver e trabalhar nessa questão. Em 1975, a Organização das Nações Unidas determinou na *Declaração sobre a proteção de todas as pessoas contra a tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes* que “nenhum

prisioneiro deve, mesmo com seu consentimento, ser sujeito de qualquer experimento médico ou científico que possa ser prejudicial à sua saúde” (UNITED NATIONS, 1975). Em 1976, o Congresso norte-americano criou a Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos Participantes de Pesquisa Biomédica e Comportamental, na tentativa de proteger prisioneiros que participam de pesquisas científicas e determinou que “prisioneiro sujeito de pesquisa deve estar em um cárcere caracterizado por condições de abertura tais que lhe possibilitem exercer sua voluntariedade em alto grau”. Por lei federal nos EUA, foi montado o Comitê Institucional de Revisão (*Institutional Review Board*), que criou as “Normas e Regulamentos na Investigação em Fetos, Mulheres Grávidas, Fecundação *in Vitro* e Prisioneiros” (1981), com o objetivo também de auxiliar na proteção de sujeitos de pesquisa considerados em situação de vulnerabilidade. Em 1983, a Associação Médica Mundial criou o documento *Regras em época de conflito armado*, sendo que, em seu Artigo 3º, proibiu pesquisas em prisioneiros civis ou militares, em períodos de conflitos armados, com o objetivo de proteger os prisioneiros de guerra.

No Brasil, em 1996, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução 196/96, criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), com o objetivo de regulamentar a pesquisa científica na área da saúde no país. A Conep tem como atribuição o exame dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Como missão, elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos sujeitos de pesquisa e coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa das instituições de pesquisa no país. A Conep também avalia e acompanha os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais, tais como, genética e reprodução humana; novos equipamentos; dispositivos para a saúde; novos procedimentos; população indígena; projetos ligados à biossegurança e como participação estrangeira.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) lançou, em 2005, a Declara-

ção Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que é um documento normativo internacional que trata das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida, tecnologias e pesquisas realizadas com seres humanos.

CONCLUSÃO

Os aspectos éticos têm adquirido, conforme exposto acima, importância cada vez maior nas atividades médicas, tanto aquelas relacionadas à prática clínica como também as que dizem respeito às pesquisas clínicas. Esse processo crescente de educação e fiscalização médica, quanto ao cumprimento das normas éticas de conduta, faz parte do amadurecimento e fortalecimento da sociedade, não só no Brasil, mas em todo o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COHEN, C.; SEGRE, M. **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1999.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. **The Journal of the American Medical Association**, v. 268, p. 2420-5, 1992.
- FIGUEIREDO, A. M. Ética: origens e distinção da moral. **Saúde, Ética e Justiça**, v. 13, p. 1-9, 2008.
- GRACIA, D. **Bioética clínica**. Bogotá: El Búho, 2001.
- MARTIN, L. **A ética médica diante do paciente terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica**. São Paulo: Santuário, 1993.
- NEVES, N. C. **Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.
- SACKEIT, D. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, v. 312, p. 71-72, 1996.
- UNITED NATIONS. **Declaration on the protection of all persons from being subjected to torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment**. New York: UN, 1975.