

## A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil

José Eduardo de Siqueira

**Resumo:** O presente artigo pretende resgatar um pouco da história da construção dos códigos deontológicos médicos à luz da reflexão bioética, enfocando as perspectivas que nortearam a construção daqueles documentos. Introduce a discussão sobre a necessidade de reformular o Código de Ética Médica atualmente em vigor no Brasil, apontando na bioética as razões circunstanciais que sublinham essa necessidade.

**Palavras-chave:** Bioética. Código de ética. Código deontológico. Direitos humanos



**José Eduardo de Siqueira**

Doutor em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), mestre em Bioética pela Universidade do Chile, professor de Clínica Médica e Bioética da UEL, presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (2005-2007), membro da Câmara Técnica de Medicina Paliativa do CFM, membro da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica do CFM

*É necessário esclarecer, inicialmente, que a ética apenas pode ser concebida, na prática, ela se cria, se transforma, não é dada a priori... ela é transmitida, modificada, enriquecida a cada época, em cada sociedade, ela se apresenta como um acordo do homem, com sua consciência, com a sociedade e o mundo.*

Etienne-Richard MBaya

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em decisão unânime dos membros de sua Diretoria e de seu Conselho Pleno, composto por representantes de todas as regionais estaduais, assumiu a corajosa atitude de promover uma revisão do atual Código de Ética Médica (CEM), vigente desde 1988. O CEM atualmente em vigor, elaborado após longo processo de debates, foi redigido por ocasião da I Conferência Nacional de Ética Médica, em novembro de 1987, com a participação de delegados médicos de todo o país e aprovado em sessão plenária do CFM em 8 de janeiro de 1988.

Passados 20 anos, o CFM achou necessário reformular o documento com a finalidade de melhor atender a condução ética dos novos e complexos dilemas morais que o avanço científico na área médica nos apresenta a todo momento. Tal decisão pode, sem sombra de

dúvida, ser definida como corajosa, pois é sabido que o Código de Ética Médica brasileiro é reconhecido, por entidades médicas congêneres, como bem elaborado modelo de código deontológico a ser seguido.

Para a reformulação do CEM foi constituída uma Comissão Nacional de Revisão, coordenada pelo 1º vice-presidente, Roberto Luiz d'Ávila, e composta por conselheiros representativos de todas as macrorregiões do país que, assessorados por juristas, teólogos, filósofos e bioeticistas, terão a responsabilidade de elaborar um documento capaz de responder aos novos dilemas que se impõem aos profissionais, o qual será apresentado para apreciação e debate, envolvendo todos os médicos brasileiros.

### Paternalismo médico: glória e ocaso

O juramento hipocrático, talvez o mais antigo texto moral relacionado aos cuidados de saúde que a humanidade conheça, é repetido a cada cerimônia de conclusão do curso médico por todos os quadrantes do mundo ocidental e apresenta a seguinte introdução: *juro por Apolo médico, por Asclépio, Higéia e Panacéia, assim como por todos os deuses e deusas dar cumprimento na medida de minhas forças e, de acordo com meu critério, o juramento e compromissos que seguem...* A ênfase no critério decisório particular do médico, desconsiderando a opinião do paciente, está

presente em vários outros textos deixados por Hipócrates.

Em *Sobre a decência*, assim se expressa o pai da Medicina a respeito do comportamento do médico perante seus pacientes: *faça o diagnóstico e o tratamento do enfermo com calma e ordem, ocultando do mesmo a maioria das coisas; dê ordens oportunas com amabilidade e doçura e distraia sua atenção; repreenda-o, às vezes severamente, mas outras o anime com solicitude e habilidade, sem mostrar a ele nada do que vai ocorrer nem do seu estado atual* <sup>2</sup>.

Compreende-se melhor o conteúdo moral do juramento hipocrático quando o percebermos como expressão cultural da Grécia antiga, sociedade regida por uma lei natural que reconhecia todas as manifestações de vida como dependentes de preceitos teleológicos divinos. O exercício da medicina, portanto, era uma espécie de sacerdócio e os médicos seriam mediadores entre os deuses e os homens.

Naquele contexto, os médicos faziam parte de uma categoria especial de pessoas, juntamente com governantes, sacerdotes, juízes e monarcas que, em certa medida, eram homens divinos. A eles era permitido, em determinadas circunstâncias, até mesmo mentir. Em *A república*, Platão afirma que: *a verdade merece ser estimada sobre todas as coisas... A mentira é algo que ainda para nada sirva aos deuses, pode ser útil aos homens, como na medicina. Está claro que deve ser reservada aos médi-*

cos... Portanto, a alguns dignitários da polis grega seria lícito faltar com a verdade, entretanto *nenhuma outra pessoa está autorizada a fazê-lo* <sup>3</sup>.

Gracia relata que Galeno de Pérgamo, o último médico filósofo, falecido no ano 200 de nossa era, em seu livro *Comentários ao livro das epidemias de Hipócrates* considera que *se o enfermo não admira o médico de algum modo como a um deus, não aceitará suas prescrições*<sup>4</sup>.

Longa vida teve o paternalismo médico sempre pautado pelo princípio de que o enfermo carecia de autonomia e era incapaz de tomar decisões, sendo sua única obrigação moral a obediência. Ao poder decisório do médico correspondia-lhe apenas o dever de acatar as orientações técnicas do profissional. É de meados do século XV o seguinte texto atribuído a Santo Antonio de Florença: *se um homem enfermo recusa os medicamentos prescritos por um médico chamado por ele ou seus parentes, pode ser tratado contra sua própria vontade, do mesmo modo que um homem pode ser retirado contra sua vontade de uma casa que está por ruir* <sup>5</sup>.

É também relato de Gracia a referência aos direitos do paciente feita por Thomas Percival no início do século XIX: *quando um paciente... faz perguntas que respondidas sinceramente podem resultar em fatalidades, seria um grave erro revelar-lhe a verdade. Seu direito à verdade é duvidoso ou mesmo nulo* <sup>6</sup>.

Respaldados por tais pressupostos historicamente firmados, os códigos de ética elaborados pelas entidades médicas sempre incluíam postulados afirmando que o exercício da medicina era incompatível com a concessão de plena autonomia aos pacientes. O nexos da relação médico-paciente se assemelhava ao de uma família, assumindo o médico a figura do pai e o enfermo o papel de filho. Esse modelo assimétrico de relacionamento perdurou até o início do século XX, quando pacientes estadunidenses passaram a acionar judicialmente os médicos que omitiam informações, impedindo-os de tomar decisões autônomas.

A partir daí a história passa a registrar sentenças judiciais condenando médicos que não respeitavam as decisões de seus pacientes. Paradigmática foi a emitida pelo juiz Benjamin Cardozo no caso *Schloendorff versus Society of New York Hospital*, de 1914, relatado por Beauchamp: *cada ser humano em pleno juízo tem o direito de determinar o que deve ser feito com seu próprio corpo e um cirurgião que realiza uma intervenção sem o consentimento do paciente comete uma agressão de cujas conseqüências é responsável* <sup>7</sup>.

Diante dessa nova realidade, os códigos de ética profissionais passam a reconhecer o paciente como pessoa capaz de assumir decisões autônomas e retiram da categoria médica o poder de única guardiã da saúde pública. Como conseqüência, o tradicional paternalismo da profissão perde sustentação.

Em 1973 é publicado o *Código de Direitos do Paciente*, da Associação Americana de Hospitais, dispondo que *o paciente tem o direito de receber de seu médico as informações necessárias para outorgar seu consentimento antes do início de qualquer procedimento e/ou tratamento*<sup>7</sup>. Assim se expressou Beauchamp sobre este Código: *esse documento introduziu um quase revolucionário afastamento da benevolência hipocrática. Quicá pela primeira vez um documento importante de ética médica obrigava o profissional, sob forma de direito, permitir ao paciente assumir o processo de tomada de decisões e a reconhecer como seu, o direito a tomar a decisão final*<sup>8</sup>.

A partir de então, todos os códigos de ética passaram a incorporar esse novo paradigma. O código vigente no Brasil, consolidado pela Resolução CFM 1.246, de janeiro de 1988, em seu artigo 56 proíbe aos médicos *desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida*<sup>9</sup>.

### Códigos de ética: da visão corporativa à ética dos princípios

O primeiro código de ética da modernidade, produzido na segunda metade do século XIX pela Associação Médica Americana, é traduzido para o português e divulgado no Brasil pela *Gazeta Médica da Bahia* em 1867. Esse documento, com marcada influência da obra de Percival, traz em seu artigo 1º, parágrafo 2º, a

seguinte afirmação: *o médico deve tratar com atenção, constância e humanidade todos os casos a seu cargo... À imbecilidade e aos caprichos dos doentes deve conceder uma desculpa razoável.*

Em julho de 1931, por ocasião do primeiro Congresso Médico Sindicalista Brasileiro, é aprovado o Código de Deontologia Médica, que em seu artigo 4º estabelece que *o médico, em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas*. O capítulo V, Conferências Médicas, continha 22 artigos, dos quais o de número 48 mereceu a seguinte redação: *o médico conferente observará honesta e escrupulosa atitude no que se refere à reputação moral científica do assistente, cuja conduta deverá justificar, sempre que não coincidir com a verdade dos fatos ou com os princípios fundamentais da ciência; em todo caso, a obrigação do conferente será atenuar o erro... e abster-se de juízos e insinuações capazes de prejudicar o crédito do médico assistente*<sup>10</sup>.

Redação similar é mantida nos códigos que se sucederam: Código de Deontologia Médica, de 1945, Código de Ética da Associação Médica Brasileira, de 1953, e o Código de Ética Médica elaborado pelo Conselho Federal de Medicina em janeiro de 1965<sup>11</sup>. Atravessamos, portanto, a primeira metade do século XX com a codificação da ética médica centrada nos interesses dos médicos e subestimando os valores morais da sociedade e das pessoas enfermas, o que fez com que muitos estudiosos

da matéria considerassem esses códigos como *regras de etiqueta que governavam o inter-relacionamento entre os profissionais, visando manter suas prerrogativas*<sup>12</sup>.

Em 1974, o Congresso estadunidense, preocupado com a ausência de controle social sobre pesquisas realizadas em seres humanos e reagindo a situações de flagrantes desrespeitos aos sujeitos dos experimentos, constituiu comissão com a finalidade de definir critérios destinados a proteger as pessoas submetidas a pesquisas médicas, iniciativa que ficou conhecida como *National Commission*. À época, o caso mais famoso e que gerou enorme perplexidade pública foi o *Tuskegee Study*, pesquisa realizada desde o início da década de 30 com negros do Alabama portadores de sífilis. Estima-se que 400 pacientes foram deixados sem tratamento específico por decisão dos médicos pesquisadores que desejavam melhor conhecer a evolução natural da doença. O estudo prolongou-se até 1972, com irreparável e injustificado sofrimento humano, já que a penicilina, droga promotora da erradicação do *Treponema pallidum*, agente etiológico da lues, passara a fazer parte do arsenal terapêutico a partir dos anos 1940<sup>13</sup>.

A *National Commission* estabeleceu como objetivo fundamental a identificação de *princípios éticos básicos que norteariam a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina*<sup>14</sup>. Após quatro anos de reuniões periódicas publicou o histórico Relatório Belmont,

identificando três grandes princípios considerados essenciais para a realização das mencionadas pesquisas: autonomia, beneficência e justiça. Desses princípios, a autonomia, entendida como a capacidade de cada pessoa atuar com conhecimento de causa e sem coação externa para fornecer espontaneamente seu consentimento em participar de qualquer experimento, era o que mais se distanciava dos tradicionais princípios hipocráticos que até então eram os únicos critérios que determinavam os parâmetros éticos para a prática da medicina<sup>14</sup>.

Como decorrência do Relatório Belmont são criados dois instrumentos para implementar as recomendações da comissão, utilizados até hoje em todos os centros de pesquisa. O primeiro, identificado como termo de consentimento informado, deve ser assinado pelo sujeito da pesquisa após ter sido adequadamente esclarecido sobre a metodologia e os objetivos do experimento. O segundo é o termo de decisões de substituição, subscrito por pais ou responsáveis legais, quando constatada a incompetência da pessoa para manifestar sua própria vontade.

No Relatório o princípio da beneficência não é apresentado como ato de caridade, mas obrigação moral do pesquisador. O documento discrimina, ainda, a necessidade de não se causar dano, maximizando os benefícios e minimizando os riscos, o que caracterizaria o resgate do *primum non nocere* da beneficência hipocrática.

Com relação ao princípio da justiça, a Comissão o interpretou como *imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios... iguais devem ser tratados igualmente*<sup>14</sup>. Sem dúvida, essa orientação foi a mais prejudicada em sua implementação, pois as autoridades públicas responsáveis por viabilizá-la habitualmente negligenciam suas responsabilidades em assumir as decisões políticas necessárias para tanto.

Em 1979, um ano após a publicação do Relatório Belmont, Tom Beauchamp e James Childress lançaram *Principles of bio-medical ethics*, que rapidamente se transformou no manual básico da ética dos princípios. No famoso texto, os autores transformaram em quatro os três princípios originais propostos no Relatório, estabelecendo uma distinção entre a beneficência e a não-maleficência<sup>15</sup>.

Ao final do século XX a descoberta de genes responsáveis por inúmeras doenças, informações advindas do Projeto Genoma Humano, a tecnologia médica intervindo cada vez mais no início e final da vida, a introdução de diferentes e sofisticados métodos de fertilização humana artificial, as condutas terapêuticas facultando o prolongamento quase indefinido de variáveis biológicas vitais em pacientes terminais, os transplantes de órgãos realizados com segurança técnica e excelentes resultados, além de inúmeros outros procedimentos terapêuticos, passaram a freqüentar o cotidiano das tomadas de decisões nas práticas clínicas. Essa incontida avalanche

de conhecimentos científicos fez com que Berlinguer, expoente da bioética europeia, alertasse que *a velocidade com que se passa da pesquisa pura para a aplicada é hoje tão alta que a permanência, mesmo que por breve tempo, de erros ou fraudes pode provocar catástrofes*<sup>16</sup>. Nunca antes foram registrados na história da ciência tão extraordinários avanços em tão curto intervalo de tempo e tão desamparados de adequada reflexão ética<sup>16</sup>.

Na verdade, a bioética, inicialmente percebida como modismo filosófico, assume a condição de instrumento essencial para tomadas de decisões relativas à saúde de seres humanos e à preservação da vida no planeta. Nesse amplo leque de preocupações encontramos desde a bioética de fronteira, que trata dos hodiernos avanços do conhecimento científico, até a bioética do cotidiano voltada para as ações do dia-a-dia dos profissionais de saúde<sup>16</sup>. Respalda o crescimento da bioética o fato de as populações da maioria das sociedades não mais aceitarem a indicação de qualquer procedimento médico de investigação clínica, assim como qualquer proposta terapêutica sem que o sujeito interessado, no caso o paciente, decida, por sua própria e espontânea vontade, concordar com a conduta sugerida pelo profissional.

Segundo Jonsen, a grande acolhida da ética dos princípios, particularmente pelos profissionais da área da saúde, deveu-se à simplicidade e objetividade na aplicação dos mesmos às situações clínicas rotineiras

ras. Sistematizado de maneira objetiva, caracterizava-se por ser um instrumento construído com linguagem acessível, muito distante das orientações emanadas de rebuscados argumentos filosóficos quase incompreensíveis para pessoas formadas no modelo cartesiano de conhecimento (e voltado basicamente à implementação da técnica), que sempre marcou os cursos universitários adstritos às ciências biológicas<sup>17</sup>.

O Código de Ética Médica de 1988, vigente até o momento, tem 145 artigos distribuídos em 14 capítulos — alguns inteiramente originais, como os que tratam dos Direitos Humanos, Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos e Pesquisa Médica — e é concebido com forte influência da ética dos princípios, refletindo também o processo de redemocratização do Brasil após longo período de ditadura militar. Redigido durante a Primeira Conferência de Ética Médica, realizada no Rio de Janeiro em novembro de 1987, foi aprovado e transformando-se em resolução do Conselho Federal de Medicina.

O capítulo sobre Direitos Humanos incorpora quase integralmente a Declaração de Helsinque: o paciente é reconhecido como sujeito de direitos, competente para tomadas de decisões sobre condutas diagnósticas e terapêuticas. O artigo 46, por exemplo, veda ao médico *efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal*<sup>9</sup>.

Sobre conferência médica, tema extensamente tratado nos diplomas anteriores, o CEM reserva um único e sucinto artigo, o 64: *é vedado ao médico opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal*. Se nos documentos anteriores previa-se a possibilidade de atenuar ou encobrir erros médicos, o atual coíbe incisivamente tal prática no artigo 79: *é vedado acobertar erro ou conduta antiética de médico*<sup>9</sup>.

Em suma, decorridos trinta e seis anos do nascimento da bioética, percebemos quão eficaz foi a utilização do instrumental oferecido pela ética dos princípios para promover a cidadania na área da saúde. A relação profissional de saúde-paciente, antes conduzida assimetricamente, passa a ser mais simétrica e horizontal, respeitando o enfermo como pessoa apta a tomar decisões autônomas.

### Além da ética dos princípios

A bioética foi introduzida no Brasil nos anos 1980, com enorme influência da ética dos princípios, mas ao final dos anos 90 a comunidade acadêmica passou a reconhecer que, embora sendo instrumento útil para orientar algumas tomadas de decisões corriqueiras, o modelo mostrava-se insuficiente para dirimir dúvidas em situações clínicas mais complexas. Não mais bastava o singelo exercício de aplicação dos quatro princípios para conduzir a contento dilemas morais como a interrupção de gestação indesejada em adolescente

ou a suspensão de medidas de suporte vital em pacientes terminais internados em unidades de terapia intensiva (UTI).

Essa percepção tardia sobre o âmbito de atuação e os instrumentos da bioética, observada no país, deveu-se ao fato de que, diferentemente do ocorrido na Europa, cujos principais agentes promotores da disciplina foram, desde sempre, filósofos e cientistas sociais, no Brasil houve influência marcante de profissionais da área biomédica e os últimos dezesseis anos foram férteis na incorporação de novos saberes em nossa reflexão bioética.

Contribuíram para essa transformação a introdução de disciplinas obrigatórias ou optativas na grade curricular de diferentes cursos de graduação em Medicina e demais carreiras da área da saúde. Além disso, cursos de especialização em Bioética foram implementados em muitas universidades e, em 2004, teve início o primeiro programa de mestrado, oferecido pelo Centro Universitário São Camilo de São Paulo, exemplo seguido pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília, no mestrado e doutorado, em 2008.

Além dessas iniciativas autóctones encontra-se em andamento, atualmente, o programa de doutorado em Bioética, patrocinado pelo CFM em cooperação com a Universidade do Porto, em Portugal. Diversos estudiosos desse campo têm concluído sua pós-graduação em nível de doutoramento em universidades estrangeiras

– Chile, Espanha, Inglaterra, Itália, dentre outros países –, com co-orientação de expoentes da bioética mundial. Essas iniciativas demonstram claramente como esse campo de conhecimento ganhou espaço privilegiado nas diferentes instâncias preocupadas com a reflexão ética e a adequada condução das tomadas de decisões clínicas frente a dilemas morais do cotidiano dos profissionais médicos de nosso país.

É possível apontar alguns marcos na paulatina incorporação de novas perspectivas na reflexão ética ao longo da década de 90. Em 1993, instala-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) o Programa de Apoio aos Problemas de Bioética, embrião do primeiro Comitê Hospitalar de Bioética criado no país. Tendo como meta aprimorar o cuidado ao enfermo e oferecer ao profissional de saúde consultoria para a tomada de decisões frente a dilemas morais, a área de ação desse Comitê passa a incorporar atividades de transmissão de conhecimentos de bioética para todo o corpo de funcionários da instituição. De 1994 a 2002 o Comitê Hospitalar de Bioética do HCPA atendeu a 376 pedidos de consultoria e realizou programas de capacitação em privacidade e confidencialidade a funcionários de diferentes áreas da instituição, como secretárias de unidades de internação e ambulatorial, responsáveis pelo arquivo de prontuários médicos, pessoal do faturamento e informática, ascensoristas e vigilantes<sup>18</sup>.

Em 1995 foi criada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e, no ano seguinte, editada a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, instrumento exemplar, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos<sup>19</sup>. A partir dessa resolução é instaurada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e o Sistema CEP/Conep, que com aproximadamente quatrocentos Comitês Institucionais de Ética em Pesquisa (CEP) atua como agente de controle social e cria nas instituições de ensino e pesquisa instâncias para a avaliação e acompanhamento das pesquisas realizadas no país. Instância competente e não mera aplicadora de normas deontológicas, a Conep é reconhecida como colegiado que pratica o mais autêntico exercício de reflexão bioética<sup>20</sup>.

Em novembro de 2006, o CFM edita a Resolução 1.805/06, que faculta aos médicos *limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal*<sup>21</sup>. Essa resolução deverá ser incorporada no novo Código, em substituição ao vigente artigo 66, pois oferece mais adequado entendimento sobre o significado da terminalidade da vida.

A reflexão bioética da prática clínica é sempre dinâmica e fundamenta-se no olhar interessado, simultaneamente, na pessoa enferma e em toda a humanidade.

Sem a utilização das ferramentas desse campo como instrumentos para as transformações das relações médico-paciente, a avaliação moral da prática clínica reduz-se a necessário, porém insuficiente, exercício de aplicação de normas deontológicas e códigos institucionais<sup>20</sup>. Mostrando-se atenta ao extraordinário progresso da medicina, sobretudo no campo da biologia molecular e da manipulação gênica, a bioética nutre permanente expectativa de que na prática clínica cotidiana a pessoa humana seja privilegiada em sua unidade biopsicossocial e espiritual. Em virtude de tal expectativa compreende-se facilmente que tanto o direito médico quanto os códigos deontológicos, para melhor contribuir na solução de problemas morais emergentes e complexos, devem ser revistos periodicamente.

Em relação à construção do conhecimento, a bioética apresenta-se como disciplina habilitada a promover novo modelo de universidade, fazendo-a mais crítica e não permitindo que a instituição se acomode às regras perversas impostas pelo mercado, mas cultive o *aprender a aprender*, a refletir e partilhar idéias inovadoras que busquem contemplar a plena cidadania. Tarefa nem sempre fácil, já que diante do incontido crescimento da tecnociência e da gestação de sociedade que globaliza desordenada e injustamente variáveis econômicas, desprezando valores humanos autênticos, a Academia perplexa se intimida, permanecendo imobilizada e impotente. Faz-se

urgente, portanto, aprender com o alerta de Adorno, que percebeu *a filosofia se permitir ser aterrorizada pela ciência* por ocasião do Iluminismo. Tal circunstância permanece presente e consideramos que a universidade moderna será julgada por sua capacidade de responder a esse impasse adequadamente; aos desafios de harmonizar ciência, ética e sustentabilidade. Caso não tenha êxito nessa missão será condenada pelo tribunal da história<sup>21</sup>.

Em suma, a maior contribuição que a bioética pode oferecer à evolução da prática

médica é a de mostrar que as soluções de dilemas éticos cotidianos são revestidas de verdades transitórias e sempre devem guardar respeito incondicional à dignidade do ser humano enfermo. Mais ainda, que a aquisição de habilidades para as tomadas de decisões deve ser feita com humildade, tolerância e respeito ao pluralismo moral presente na sociedade. É nesse espírito que se pretende construir o novo Código de Ética Médica, instrumento capaz de responder com maior acuidade aos novos e aos velhos dilemas que impactam o dia-a-dia da profissão.

#### Resumen

---

### **La bioética y la revisión de los códigos de conducta moral de los médicos en Brasil**

El presente artículo pretende rescatar un poco de la historia de la construcción de los códigos deontológicos médicos a la luz de la ponderación bioética, enfocando las perspectivas que nortearon la construcción de aquellos documentos. Introduce la discusión sobre la necesidad de rehacer el Código de Ética Médica actualmente en vigor en Brasil, apuntando en la bioética las razones circunstanciales que subrayan esa necesidad.

**Palabras-clave:** Bioética. Código de ética. Código deontológico. Derechos Humanos.

#### Abstract

---

### **Bioethics and revision of moral conduct medical codes in Brazil**

This paper aims to redeem a little of the history's the building of medical deontological codes in the light of bioethics reflection, focusing on the prospects that guided this construction of those documents. It introduces the discussion about the need to rewrite the Code of Medical Ethics currently in force in Brazil, pointing at the bioethics circumstantial reasons that underline this need.

**Key words:** Bioethics. Code of ethics. Deontological code. Human Rights.

#### Referências

---

1. MBayá ER. Perspectivas internacionais no ensino da ética em saúde. *Bioética* 1996;4(1):91.
2. Hipócrates. *Tratados hipocráticos: sobre a decência*. Madrid: Gredos; 1983.
3. Platão. *A república*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; 1969.

4. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
5. Amundsen D. The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots. *Hastings Cent Rep* 1987 Aug 8;17(4):153-72.
6. Gracia D. El orden médico: la ética médica de Thomas Percival. *Asclepio* 1983;35:227-55.
7. Beauchamp T. Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Labor; 1987.
8. American Hospital Association. A patient's bill of rights 1973. In: Reich W, editors. *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press; 1978. p.1782.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.246/88. 4ª ed. Brasília: CFM; 1996.
10. Beauchamp Tom. Principlism and its alleged competitors. *Kennedy Inst Ethics J* 1995;5:181-98.
11. Martin L. A ética médica diante do paciente terminal. S.Paulo: Santuário; 1993.
12. Landman J. A outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra; 1984.
13. Rothman D. Strangers at the bedside. New York: Basic Books; 1991.
14. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research. The Belmont Report. Washington: PRR Reports; 1979.
15. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4 ed. New York: Oxford University Press; 1994.
16. Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
17. Jonsen A. The birth of bioethics. *Hasting Cent Rep* 1993;23(6 Supl):S1.
18. Francisconi C, Goldim J, Lopes M. O papel dos comitês de bioética na humanização da assistência à saúde. *Bioética* 2002;10(2):147-57.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos: resolução CNS nº 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
20. Freitas C, Hossne WS. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *Bioética* 2002;10(2):129-46.
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/06. *Bioética* 2005;13:197.
22. Da Silva JR. Perspectivas da bioética: bioética contemporânea III. Lisboa: Cosmos; 2003.
23. Adorno T. Negative dialectics. Londres: Routledge; 1973.

Recebido: 25.11.2007

Aprovado: 3.12.2007

## Contato

---

José Eduardo de Siqueira – [jtsique@sercomtel.com.br](mailto:jtsique@sercomtel.com.br)