

# Código de Ética Médica brasileiro na perspectiva da bioética principialista

Francisco José Passos Soares<sup>1</sup>, Volnei Garrafa<sup>2</sup>, José Lualyson da Silva Santos<sup>1</sup>, Roberto Vieira dos Santos<sup>1</sup>

1. Universidade Federal de Alagoas, Maceió/AL, Brasil. 2. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil.

## Resumo

Avanços sociais, tecnológicos e científicos induzem mudança de valores e necessidade de revisão periódica dos códigos de ética profissional. Este artigo teve como objetivo verificar a influência da bioética principialista como modelo ético e normativo orientador do Código de Ética Médica brasileiro. Utilizou-se o método análise documental para avaliar duas versões do código profissional: 2010 e 2018. Observou-se similaridade entre as duas versões do código, com predomínio deontológico conformado pela virtude e competência técnica. O princípio da não maleficência supera a beneficência (15% vs. 6%); a autonomia do médico se sobrepõe à do paciente (17% vs. 12%); e 15% das unidades de contexto correspondem ao princípio da justiça. Os aspectos deontológicos, virtuosos e técnicos, predominantes no Código de Ética Médica, revelam a necessidade de adaptação para o trabalho médico atual, com ênfase em direitos do paciente, justiça, saúde pública e ampliação da proteção aos sujeitos da pesquisa.

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

## Resumen

### Código de Ética Médica brasileño desde la perspectiva de la bioética principialista

Los avances sociales, tecnológicos y científicos inducen cambios en los valores y la necesidad de revisión periódica de los códigos deontológicos profesionales. Este artículo tuvo como objetivo verificar la influencia de la bioética principialista como modelo ético y normativo orientador del Código de Ética Médica brasileño. Se utilizó el método de análisis documental para evaluar dos versiones del código profesional: 2010 y 2018. Se observaron similitudes entre las dos versiones del código, con un predominio deontológico formado por la virtud y la competencia técnica. El principio de no maleficencia triunfa sobre el de la beneficencia (15% vs. 6%); la autonomía del médico se solapa con la del paciente (17% vs. 12%); y el 15% de las unidades de contexto corresponden al principio de la justicia. Los aspectos deontológicos, virtuosos y técnicos predominantes en el Código de Ética Médica revelan la necesidad de adaptación del quehacer médico actual, con énfasis en los derechos del paciente, la justicia, la salud pública y la ampliación de la protección de los sujetos de investigación.

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

## Abstract

### Brazilian Code of Medical Ethics from the perspective of principlist bioethics

Social, technological and scientific advances induce changes in values and the need for periodically reviewing professional codes of ethics. This article verifies the influence of principlist bioethics as an ethical and normative model guiding the Brazilian Code of Medical Ethics. Document analysis was used to evaluate two versions of the professional code: 2010 and 2018. There were similarities between both versions, with a deontological predominance shaped by virtue and technical competence. The principle of non-maleficence trumps beneficence (15% versus 6%); physician autonomy is more common than that of the patient (17% versus 12%); and 15% of context units correspond to the principle of justice. Deontological, virtuous and technical aspects, predominant in the Code of Medical Ethics, reveal the need to adapt it to current medical work, emphasizing patient rights, justice, public health and increased protection for research subjects.

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

Declararam não haver conflito de interesse.

Na atualidade, o trabalho em saúde exige dos conselhos profissionais revisão permanente de normatizações, que são guias condutores de práticas éticas definidas como responsabilidades, em resposta às mudanças no contexto sócio-político-econômico nacional e regional. Os conselhos de classe normatizam, em seus códigos, o exercício profissional, incorporando reflexões atuais sobre limites de atuação ante desafios morais e éticos impostos pelo desenvolvimento científico e tecnológico e pelos modos contemporâneos de convivência social, considerando inclusive a contribuição política, religiosa e cultural<sup>1</sup>.

Nesse contexto, uma atualização do Código de Ética Médica (CEM) foi publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)<sup>2</sup> em 2010. No entanto, essa normatização, que guiou o exercício profissional médico durante quase uma década, foi alvo de críticas por diferentes setores sociais.

É mister lembrar que até a primeira metade do século XX, códigos de conduta e códigos de ética médica tiveram forte influência da medicina hipocrática e da religiosidade cristã. A benignidade ou beneficência, de forte teor paternalista, e a virtude prevaleceram à medida que outros valores eram incorporados, dependentes da evolução tecnológica e científica, e do aparecimento da bioética no final do século XX. Essas mudanças impuseram a reflexão sobre novos valores para a relação médico-paciente, com ênfase na saúde pública, na justiça e no direito público sobre o privado<sup>3,4</sup>.

Beauchamp e Childress afirmam que *infelizmente alguns códigos profissionais simplificam demasiadamente as exigências morais ou reclamam mais perfeição e autoridade do que teriam direito [e que] desde a época de Hipócrates, os médicos geraram códigos sem um exame e sem aceitação por parte dos pacientes e do público*. Além disso, afirmam ainda que *todas as normas morais são, a princípio, passíveis de revisão, especificação e justificação. A razão para a necessidade constante de outros conteúdos (...) é que a complexidade dos fenômenos morais sempre ultrapassa a nossa habilidade de capturá-los em normas gerais*<sup>5</sup>.

Para esses autores, a questão subjacente é: as prescrições descritas em cada código são defensáveis? Em 2018, foi publicada uma nova versão do CEM<sup>6</sup>, gerando a necessidade de investigação

da influência da teoria bioética principialista no modelo atual.

## Método

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, cujo suporte metodológico foi a análise documental, que visa descrever e compreender significados atribuídos aos fenômenos<sup>7,8</sup>, considerando que todo conhecimento sempre está submetido a princípios éticos e morais socialmente contextualizados e constitui uma forma possível de confirmação da realidade.

A pesquisa do tipo documental tem sua justificativa na ética descritiva, que estuda como as pessoas raciocinam e agem e determina quais normas e atitudes morais são expressas na prática profissional, nos códigos e nas políticas públicas<sup>7</sup>. Este estudo é circunscrito às seguintes unidades de análise: Códigos de Ética Médica, versões 2010 e 2018.

Em 2018, o CFM apresentou à sociedade o novo CEM, após quase três anos de discussões e análises. O novo código de ética possui 26 princípios fundamentais do exercício da medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. Em comparação com a versão de 2010, foi adicionado um princípio fundamental e norma deontológica, e removida uma norma diceológica<sup>6</sup>.

Para o CFM, o CEM representa um corpo de *normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da medicina*<sup>2,6</sup>.

Foram obedecidas as seguintes etapas cronológicas para a análise documental: 1) definição de categorias de análise; 2) definição de unidades de registro; 3) exploração documental em busca de unidades de contexto que codificassem unidades de registro; e 4) tratamento dos resultados e interpretação. Definem-se como “categorias de análise” agrupamentos de conteúdos de interesse (neste trabalho, em bioética principialista) que se relacionam. “Unidades de registro” referem-se aos conteúdos de interesse propriamente ditos, agrupados em cada “categoria de análise”.

“Unidades de contexto” são definidas como trechos dos documentos em análise que permitem codificar as “unidades de registro”, ou seja, verificar quais unidades de registro (conteúdos de interesse) são contempladas pelo texto analisado. As categorias de análise e unidades de registro foram determinadas previamente pelos pesquisadores conforme os conteúdos específicos de cada princípio relativo à teoria principialista, com base na leitura do livro *Principles of biomedical ethics*, edição 2013<sup>5</sup>.

Como categorias de análise, foram usados os princípios bioéticos (beneficência, não maleficência, respeito à autonomia e justiça), respeitando um critério subjetivo de adequação segundo a conceituação de Beauchamp e Childress<sup>5</sup> – uma categoria ética, relativa à virtude, e outra de natureza técnica.

As categorias de virtude e técnica foram adotadas a partir de estudo prévio com metodologia semelhante, que analisou o Código de Ética Odontológica brasileiro<sup>9</sup>. Considerando as conclusões dos autores, foram mantidas subdivisões para as categorias respeito à autonomia e virtude, de acordo com o beneficiário da conduta moral, o paciente (respeito à autonomia P e virtude P) ou o médico (autonomia M e virtude M).

A bioética principialista se articula de maneira simples, tendo como base quatro princípios, pelos quais tenta regular dilemas do cotidiano do trabalho e da pesquisa em saúde. Os princípios da beneficência e não maleficência são complementares à obrigação de lograr os máximos benefícios e reduzir ao mínimo os possíveis danos. O princípio da autonomia incorpora o respeito à autodeterminação das pessoas, com especial referência à proteção de quem, por motivos permanentes ou transitórios, tem sua autonomia ameaçada; o da justiça refere-se à obrigação de dar a cada pessoa o que lhe corresponde, garantindo a distribuição equitativa dos custos e benefícios da atenção à saúde<sup>5</sup>.

As unidades de registro orientadoras para busca das unidades de contexto foram:

- Beneficência: fazer ou promover o bem; benefício; proteger e defender o direito dos outros; evitar que outros sofram dano (prevenir ou evitar danos); eliminar as condições que causarão danos a outros; socorrer pessoas inaptas; e socorrer pessoas que estão em perigo;
- Não maleficência: não causar danos ao paciente; não causar danos ao sujeito da pesquisa; não causar riscos de danos; direito a não saber; negligência; imprudência; imperícia; não iniciar/suspensão do tratamento; tratamento opcional e obrigatório; tratamento usual e extraordinário; tratamento médico e suporte tecnológico; regra ou princípio do duplo efeito; e diretivas antecipadas de vontade;
- Respeito à autonomia do paciente: respeito à autodeterminação das pessoas; inviolabilidade; privacidade; confidencialidade; consentimento livre e informado; consentimento substituído; não aceitação do tratamento; e respeito;
- Autonomia do médico: informação adequada; publicação dos resultados negativos da pesquisa; autonomia limitada; direito à renúncia ao atendimento; e objeção de consciência;
- Justiça: distribuição ou alocação de recursos; distribuição dos tratamentos; acesso aos recursos; direito aos tratamentos; direito à saúde; equidade; não discriminação; não exploração; acesso à pesquisa; e acesso aos resultados da pesquisa;
- Técnica: aspectos técnicos e legais da profissão; e
- Virtude: condutas profissionais socialmente desejáveis (compaixão, discernimento, confiabilidade, integridade, conscienciosidade).

As unidades de registro assim predefinidas como expressões ou conceitos próprios à teoria bioética conferiram sentido às unidades de contexto verificadas nos artigos das duas versões do CEM. Essa consideração é necessária na análise de documentos de natureza moral, em que os núcleos de sentido necessitam de predefinição conceitual, diferentemente da análise de documentos convencionais, que dependem, na maioria das vezes, apenas de termos identificadores, sem qualquer conotação moral.

As unidades de contexto foram definidas nos textos selecionados e capítulos, seções, artigos e incisos no CEM. As unidades textuais informativas de aspectos morais não relacionados à bioética principialista e aquelas informativas de condutas profissionais socialmente desejadas foram classificadas na categoria virtude.

As unidades textuais sobre aspectos técnicos, procedimentais, legais e conceituais da profissão foram classificadas na categoria técnica.

A categorização de um item como técnico implicou a não adequação de qualquer outra classificação e a ausência de referência moral na unidade de análise.

Nos casos em que as unidades que expressaram aspectos técnicos simultâneos a algum princípio bioético, esta classificação sobrepôs-se à primeira. As unidades não técnicas com aspectos simultâneos foram consideradas em todos os princípios correspondentes. Unidades de contexto compatíveis com a teoria utilitarista identificadas durante a análise foram consideradas, como mérito pessoal, valor social de um indivíduo, o bem do maior número.

Após análise dos textos e categorização, os dados resultantes foram somados em cada grupo de textos, obtendo-se a frequência acumulada. Da análise desses dados objetivos, derivaram as inferências que possibilitaram comparações e conclusões.

## Resultados

O Quadro 1 descreve a distribuição e correspondência entre as unidades de registro e de contexto relacionadas à teoria bioética principialista, presentes nos textos das versões do CEM de 2010 e 2018.

**Quadro 1.** Correspondência entre unidades de registro e de contexto nos códigos de ética médica de 2010 e 2018

Unidades de registro	CEM %	Artigos 2010	CEM %	Artigos 2018	Unidades de registro
<b>Beneficência</b>	1. Fazer ou promover o bem	3/7 (43%)	Capítulo I: 2,17 e 23	-	-
	2. Benefício	2/7 (29%)	Capítulo I: 2 e 23	-	-
	3. Proteger e defender o direito dos outros	0/7 (0%)	-	-	-
	4. Evitar que outros sofram dano (prevenir ou evitar danos)	2/7 (29%)	Capítulo I: 12 e 13	Igual	Igual
	5. Eliminar as condições que causarão danos a outros	2/7 (29%)	Capítulo I: 12 e 16	-	-
	6. Ajudar pessoas inaptas	1/7 (14%)	Capítulo V: art. 36 §2º (6)	-	-
	7. Socorrer pessoas que estão em perigo	0/7 (0%)	-	-	-
<b>Não maleficência</b>	1. Não causar danos aos pacientes	3/17 (18%)	Capítulo I: 6; III: 10; V:41	-	-
	2. Não causar danos ao sujeito da pesquisa	0/17 (0%)	-	-	-
	3. Não causar riscos de danos	11/17 (65%)	Capítulo I: 6; III: 2, 7, 8, 10, 12; IV:25; V: 34 e 35; IX: 74; XIV: 2	-	-
	4. Direito a não saber*	1/17 (6%)	Capítulo V: 2	-	-
	5. Negligência	7/17 (41%)	Capítulo III: 1, 2, 7, 8 e 12; V: 32 e 33	-	-
	6. Imprudência	5/17 (29%)	Capítulo I: 19; III: 1, 10, 11 e 14	-	-
	7. Imperícia	1/17 (6%)	Capítulo I: 1	Igual	Igual
	8. Não iniciar/suspensão do tratamento	0/17 (0%)	-	-	-
	9. Tratamento opcional e obrigatório	2/17 (12%)	Capítulo I: 22; V: 35	-	-
	10. Tratamento usual e extraordinário	2/17 (12%)	Capítulo I: 22; V: 41	-	-
	11. Tratamento médico e suporte tecnológico	1/17 (6%)	Capítulo I: 22	-	-
	12. Regra ou princípio do duplo efeito	0/17 (0%)	-	-	-
	13. Diretivas antecipadas de vontade	1/17 (6%)	Capítulo V: 41	-	-

continua...

**Quadro 1.** Continuação

Unidades de registro	CEM %	Artigos 2010	CEM %	Artigos 2018	Unidades de registro
<b>Respeito à autonomia do paciente</b>	1. Autodeterminação	7/14 (50%)	Capítulo IV: 24, 26 e 28; V: 31, 39 e 42; VI: 45	-	-
	2. Inviolabilidade	3/14 (21%)	Capítulo IV: 27; V: 41 e 42	-	-
	3. Privacidade	2/14 (14%)	Capítulo V: 38 e 40	-	-
	4. Confidencialidade	1/14 (7%)	Capítulo V: 40	-	-
	5. Consentimento livre e informado	2/14 (14%)	Capítulo IV: 22; XII: 110	-	-
	6. Consentimento substituído	0/14 (0%)	-	-	-
<b>Autonomia médica</b>	1. Informação adequada	0/20 (0%)	-	-	-
	2. Publicação dos resultados negativos das pesquisas	0/20 (0%)	-	-	-
	3. Autonomia limitada	16/20 (80%)	Capítulo I: 24; II: 1, 4, 5 e 6; IV: 22; VI: 43; IX: 73-79; XII: 104; XIV: 1	Igual	Igual
	4. Direito de renúncia ao atendimento	0/20 (0%)	-	-	-
	5. Objeção de consciência	4/20 (20%)	Capítulo I: 7 e 21; II: 9; IV: 29	-	-
<b>Justiça</b>	1. Distribuição ou alocação de recursos	0/19 (0%)	-	-	-
	2. Distribuição dos tratamentos	3/19 (16%)	Capítulo II: 2; III: 20; V: 32	-	-
	3. Acesso aos recursos	0/19 (0%)	-	-	-
	4. Direito aos tratamentos	0/19 (0%)	-	-	-
	5. Direito à saúde	0/19 (0%)	-	-	-
	6. Equidade	0/19 (0%)	-	-	-
	7. Não discriminação	3/19 (16%)	Capítulo I: 1 e 25; IV: 23	-	-
	8. Não exploração	13/19 (68%)	Capítulo I: 24; IV: 25; V: 40; VI: 45 e 46; VIII: 64, 65 e 66; XII: 99, 100, 102, 103 e 106	-	-
	9. Acesso à pesquisa	0/19 (0%)	-	-	-
	10. Acesso aos resultados da pesquisa	0/19 (0%)	-	-	-

CEM: Código de Ética Médica

O Quadro 2 descreve a distribuição e correspondência entre unidades de registro e de contexto relacionadas à técnica e à virtude, presentes nos textos das versões do CEM de 2010 e 2018.

**Quadro 2.** Relação entre unidades de registro e de contexto sobre técnica e virtude nos códigos de ética médica de 2010 e 2018

Categorias de análise	Unidades de registro	CEM	Artigos 2010	CEM	Artigos 2018
<b>Virtude do médico</b>	-	90/118 (76,2%)	Capítulo I: 4, 5, 15, 18, 20; III: 1-21; IV: 30; VII e VIII; IX: 73-79; X: 80-91; XI: 92, 93, 94, 96, 97, 98; XII: 104, 105, 107, 108, 109; XIII	Igual	Igual
<b>Virtude do paciente</b>	-	0	0	0	0

continua...

**Quadro 2.** Continuação

Categorias de análise	Unidades de registro	CEM	Artigos 2010	CEM	Artigos 2018
Técnica	-	23/118 (19,5%)	Capítulo I: 3, 9, 10; II: 3, 7, 8, 10; III: parágrafo único do art. 9; V: 36 \$1° e \$2°, 37 \$1° e \$2°; VIII: parágrafo único do art. 66; IX: 78; X: 87 \$1°, \$2° e \$3°; 89 \$1°, \$2°; XI: 95 e parágrafo único do art. 98; XII: 101 \$1° e \$2°; XIII: parágrafo único do art. 117; XIV: 3 e 4	26/118	Adição do art. 37 \$2° cap. V, art. 87 \$3° do cap. X e art. 101 \$2° do cap. XII

CEM: Código de Ética Médica

O Quadro 3 demonstra de forma sintética a semelhança absoluta observada nas duas versões do CEM, demonstrada pelas frequências acumuladas (%) de importância dos princípios e das normas. Predominam as normas relativas à virtude médica

(76%) e à técnica (20%). A não maleficência supera a beneficência (15% versus 6%); a autonomia do médico se sobrepõe à do paciente (17% versus 12%); ao princípio da justiça, correspondem 15% das unidades de contexto observadas.

**Tabela 1.** Distribuição dos princípios, normas técnicas, e valores presentes nas versões 2010 e 2018 do CEM

Principialismo	CEM 2010	CEM 2018
Beneficência	7/118 (6%)	7/117 (6%)
Não maleficência	17/118 (15%)	17/117 (15%)
Autonomia médica	20/118 (17%)	20/117 (17%)
Respeito à autonomia do paciente	14/118 (12%)	14/117 (12%)
Justiça	19/118 (16%)	19/117 (16%)
<b>Normas deontológicas</b>		
Virtude do médico	90/118 (76%)	90/117 (76%)
Virtude do paciente	0	0
Técnica	23/118 (19,5%)	26/117 (19,5%)

CEM: Código de Ética Médica

## Discussão

O CEM brasileiro de 2010 é influenciado pelo modelo bioético principialista, de origem anglo-saxônica, e foi vigente em um momento em que esse paradigma já sofria críticas, mantidas atualmente<sup>10-12</sup>. A opção pela bioética principialista demonstrou ser uma tentativa dos médicos e do CFM de se aproximar da reflexão das demandas atuais em saúde, com novos valores.

Esse modelo ofereceu à sociedade uma versão atualizada, conforme demonstrado neste estudo, da tradição normativa, deontológica, aliando a competência técnica à ética das virtudes. A organização e redação dos artigos do CEM em direitos e deveres mantém a estrutura predominante, compatível com a teoria ética normativa deontológica.

Nas duas versões do CEM brasileiro, predominam aspectos relacionados à virtude médica reafirmadora da tradição milenar aristotélica, e a técnica renovadora de um perfil virtuoso e competente conformado pelos avanços biomédicos tecnológicos atuais. Esse quadro é compatível com o que afirma Durand<sup>13</sup>, para quem, na ética clínica de inspiração aristotélica, há a insistência nas qualidades ou virtudes dos participantes.

Modificações no texto da versão 2018 do CEM<sup>6</sup> presumem uma nova característica, de natureza utilitarista<sup>14</sup>, reconhecível no capítulo introdutório (“Princípios fundamentais”) e nos artigos XXIII (“Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção, independência, veracidade e honestidade, com vista ao maior benefício para os pacientes e para a sociedade”) e XXVI (“A medicina será exercida com a



utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados”).

Apesar das afirmações do CFM de que o novo código de ética traria alterações significativas em relação ao modelo anterior, a análise comparativa das duas versões demonstra que as mudanças qualitativas realizadas carecem de ampliação do respeito à autonomia do paciente, com proteção na clínica e na pesquisa, e de mudanças favorecedoras da saúde pública, vinculadas a valores próprios ao princípio da justiça.

Com relação ao princípio da beneficência, observou-se predominância das unidades de registro que conferem benefício direto ou previnem/evitam o dano, porém não foram encontradas unidades de proteção e defesa dos direitos dos outros e de socorro a pessoas em perigo. O princípio da não maleficência é contemplado com maior preocupação em não causar risco de dano; regras éticas, de negligência e de imprudência; não causar danos; modalidades de tratamento em situações dilemáticas: tratamento opcional e obrigatório; e tratamento usual e extraordinário.

Segundo Evans<sup>15</sup>, a aplicação desses princípios oferece dificuldades para a definição precisa do que conta como benefício ou dano em determinada situação, e de limites éticos para maximizar benefícios e minimizar potenciais danos. A maximização de benefícios pode ser eticamente questionável na alocação de recursos e cuidados de saúde, além de ofender a regra de equidade.

Esses princípios tornam-se mais objetivos quando aplicados a indivíduos, porém a ética pode ser potencializada se eles forem articulados a outros, presentes na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH)<sup>16</sup>, como responsabilidade social, solidariedade, cooperação e compartilhamento de benefícios. Nessa direção, Paranhos, Garrafa e Melo<sup>10</sup> atestam a insuficiência epistemológica do principlialismo para justificar e tomar decisões clínicas e de pesquisa com populações vulneráveis e de países periféricos.

Mainetti afirma que a consideração dos valores na definição de saúde e enfermidade não é apenas um exercício de ócio filosófico sem consequências sobre a realidade, de forma que *a natureza da medicina e a atenção à saúde dependem daqueles conceitos-valores fundamentais que determinam a objetividade científica, a operacionalidade técnica e a justificação moral das práticas clínicas e*

*de saúde, moldando a ideologia do poder médico, profissional e institucional, na ordem política, econômica e social*<sup>17</sup>.

Para o autor, o novo paradigma bioético descortina ricas possibilidades para a medicina e a atenção à saúde, com modificação da ordem médica paternalista, historicamente associada ao poder em detrimento das demandas sociais<sup>17</sup>.

De modo complementar e coerente com a moderna face deontológica influenciada pela bioética principlialista, Manzini<sup>18</sup> afirma que a relação médico-paciente permanece habitualmente assimétrica, apesar de todos os esforços. É função da equipe de saúde buscar compensar as assimetrias na medida do possível, *a integridade profissional de quem age é fundamental. Nenhuma norma moral ou legal cumprirá seu propósito se não estiver encarnada, se não houver uma convivência íntima de cumpri-la por parte do agente. O conceito de integridade profissional está entre as virtudes exigidas dos trabalhadores da saúde, e nos remete às teorias éticas da virtude social*<sup>18</sup>.

Não foram observadas mudanças importantes no CEM relativas ao respeito à autonomia do paciente no período de quase uma década. A manutenção da predominância da autonomia do médico, ainda que parcial, sobre a do paciente, reafirma a persistência do modelo paternalista de forte influência hipocrática, criticado na atualidade. Refletindo segundo uma perspectiva kantiana, o paciente é o sujeito do processo, enquanto o profissional é mero objeto de efetivação de uma virtude, que é atender o paciente.

Ainda que insuficientes, as mudanças induzem a reflexão sobre o princípio bioético do respeito à autonomia, enfrentado com dificuldades no cotidiano profissional. Atualmente, a autonomia é um direito do paciente e o indivíduo em sofrimento vivencia na relação com o médico um novo *status*, o de cidadão autônomo. No entanto, o paciente foi historicamente vulnerabilizado pela assimetria da dependência de cuidados, na maioria das vezes originada por sua situação econômica e manifesta na hierarquia profissional para cuidados algumas vezes complexos, baixa instrução e ignorância da semiótica científica, sofrimento etc.

Dessa forma, o respeito à autonomia do paciente ganha os contornos éticos do respeito à autodeterminação, privacidade e confidencialidade, e do consentimento livre e esclarecido.

O respeito à autonomia se expressa, entre outras maneiras, no dever de obtenção do consentimento informado, o qual pressupõe capacidade de tomada de decisão do paciente<sup>5</sup>. A crítica ao consentimento informado aqui ganha sentido, revelando a insuficiência do CEM para orientar um padrão ético concernente aos avanços na conquista, proteção e garantia de direitos de participantes e comunidades envolvidos na pesquisa no Brasil.

A autonomia médica predominante sobre a do paciente apresenta duas características: a parcialidade e a preocupação com a objeção de consciência, defesas normativas da autoridade médica no exercício profissional que exigem permanente reflexão e contribuição social. A organização e redação do CEM, apoiadas firmemente na tradição deontológica, com composição extensa de artigos como um guia de virtudes exemplares de boa conduta, deixa pouco espaço para a preocupação com saúde pública e justiça social e distributiva em situações de alocação de recursos escassos.

Esse entendimento situa a autonomia na relação médico-paciente no plano do conflito psicológico ou ético idealizado, abstraído da realidade dos conflitos políticos, comunitários e sociais mais amplos. Da mesma forma, o princípio da justiça é delimitado pelas preocupações com a não exploração, não discriminação e distribuição dos tratamentos, mas não com o direito ao tratamento (característica utilitária atual, redutora da autonomia das pessoas sob cuidado) com equidade, ao acesso à pesquisa e aos resultados da pesquisa.

O CEM apresenta um capítulo sobre direitos humanos, no qual a dignidade humana é assumida como direito e valor a ser protegido, e condena as práticas de tortura e pena de morte. De modo geral, a justiça é citada como virtude médica facilitadora de direitos individuais. A saúde pública não ocupa lugar principal para a reflexão dos médicos que os oriente na tomada de decisões em situações, por exemplo, de escassez de recursos e incertezas, e a proteção ampliada aos sujeitos da pesquisa não é assegurada.

Refletindo sobre a ética da investigação científica, Rivera afirma que (...) *a base de um modelo deontológico, universalista e formal frustrou o potencial de reflexão sobre os valores que regem a pesquisa, separando a ética em pesquisa tanto da revisão epistemológica quanto da análise de suas implicações políticas*. No mesmo texto, a autora

complementa (...) *os códigos regulamentadores da ética com foco no chamado “consentimento informado” – e como complemento também na “proteção das populações vulneráveis”, ou seja, daquelas cuja capacidade de autodeterminação é diminuída de alguma forma – só conseguem fornecer um marco ético mínimo, e a meu ver insuficiente, para uma orientação eficaz da pesquisa*<sup>19</sup>.

A facilidade instrumental para aplicação de regras e normas derivadas da ética principialista, internamente conflitantes, impõe o risco de generalização acrítica e descontextualizada na solução de conflitos morais. Além disso, observa-se conflito interno na influência das três teorias éticas normativas, duas delas incompatíveis entre si, deontologia e utilitarismo. Os códigos de ética são insuficientes para responder a situações não previstas, em todos os cenários futuros possíveis, e nenhum princípio pode ser aplicado em todas as circunstâncias, podendo inclusive entrar em conflito na tomada de decisão<sup>20</sup>.

Um código fechado aos médicos não dá conta dos dilemas atuais em saúde, considerada não mais apenas a antítese da doença e do corpo em sofrimento, mas subproduto histórico de condições amplas que permitem, além da sobrevivência com o corpo apto para o trabalho, o direito à qualidade de vida com reais possibilidades de criação e usufruto de espaços e modos saudáveis de sociabilidade<sup>21</sup>.

Refletindo a ausência de uma teoria moral comum na bioética principialista<sup>11,12</sup>, com relativo distanciamento da saúde pública, o CEM aponta situações ou exemplos de situações quase-dilemas, ou máximas, com as quais os médicos devem se preocupar. Essas máximas são dependentes do princípio organizador e influenciador da ideia contida no artigo, determinando um comportamento, o que resulta na manutenção de um modelo tradicional, deontológico e virtuoso.

Os aspectos virtuosos no CEM inicialmente relacionam responsabilidade e solidariedade com a categoria médica, visando ética, prestígio, bom conceito da profissão, aprimoramento científico e não mercantilização. Em seguida, orientam o respeito com o paciente e demais profissionais da saúde.

Considerando a aplicação das informações contidas no CEM no cotidiano profissional, observa-se interesse do CFM na mudança da relação de poder médico. Porém, a interpretação do texto para



aplicação no cotidiano depende de fatores como: reflexão bioética crítica e contextualizada nos cursos de graduação e pós-graduação; educação continuada nos locais de trabalho, fomentada pelos órgãos de classe internacionais<sup>22</sup> e conselhos regionais, para a tomada de decisão compartilhada; constituição e ativação dos comitês bioéticos interdisciplinares; e, principalmente, fortalecimento da democracia no país.

Se o CFM deseja superar o modelo de código deontológico em favor de um mais flexível e próximo da bioética, que seja pelos caminhos epistemológicos e biopolíticos que definem a bioética latino-americana. Essa vertente preocupa-se com uma agenda democrática de redução de injustiças e desigualdades sociais que garanta o direito ao acesso da maioria da população à saúde mais elementar, bem como aquela propiciada pelo mais avançado desenvolvimento científico e tecnológico<sup>23</sup>.

Garrafa defende mais que uma autonomia individual, uma autonomia política institucional para adotar valores nacionais, contextualizados na realidade da maioria injustiçada, e independentes de imperialismos morais.

*É indispensável que uma nova bioética, mais dinâmica e politizada, construa e coloque ao dispor das nações e comunidades mais necessitadas de bens de consumo mínimos para a sobrevivência humana um conjunto de ferramentas concretas da teoria e do método científico que, respeitando a pluralidade histórica de cada lugar, possibilite a busca de destinos próprios de modo cooperativo, sem interferências espúrias e com a devida dignidade<sup>4</sup>.*

Desse modo, com o reconhecimento da participação decisiva dos representantes da bioética latino-americana, em especial do Brasil, na mudança e ampliação da agenda da DUBDH<sup>16,23</sup>, propõe-se que essa declaração oriente futuros trabalhos de revisão para um novo código de bioética médica apoiado na leitura das teorias bioéticas nacionais. Isso implicará uma revisão a partir da recepção de sugestões de partes organizadas da sociedade civil e da formatação de um modelo de código que oriente para o trabalho integrado, em equipe, para a proposição de decisões compartilhadas, orientado principalmente para a saúde pública.

De igual importância será o avanço nos códigos das demais profissões em saúde para

manter equivalência de identificações políticas e epistemológicas, e abertura para o trabalho interprofissional. Autores que analisaram conteúdos textuais dos códigos de ética de odontólogos<sup>9</sup>, fisioterapeutas<sup>24</sup> e terapeutas ocupacionais<sup>25</sup> do Brasil identificaram concepções corporativistas e legalistas nas quais prevalece uma visão de autonomia profissional, o que é divergente de artigos científicos com referencial teórico bioético, nos quais predominou a autonomia focada no paciente.

Se razões políticas e críticas sociais demandam dos médicos mais coerência com a realidade contextual, saúde e doença como fenômenos sociais exigem soluções políticas, com abertura ampla para o diálogo com a sociedade. Dessa forma, são possíveis decisões compartilhadas no interesse de todos os indivíduos e proteção daqueles em situação de maior vulnerabilidade, o que implica consideração de valores ampliados, para além do principialismo, e formatos de códigos menos deontológicos.

Rivera pondera que, precisamente a partir do diálogo surge a possibilidade de construção de novos consensos como marcos orientadores, já não mais deontológicos, mas axiológicos. Ou seja, não com base em princípios ou deveres, mas nos valiosos objetivos que cada comunidade determina para orientar seu próprio desenvolvimento tecnológico e científico. Porque não há um único caminho para o progresso e nem um único ideal que nos guie. Somos decididamente responsáveis tanto pela construção do caminho quanto pela definição dos valores que escolhemos para definir como comunidade o “progresso” da ciência e da tecnologia<sup>19</sup>. Os direitos humanos fundamentais devem continuar a ser a base para a resolução de problemas éticos e jurídicos no domínio da biomedicina<sup>21</sup>, pois o ser humano é o único sentido e meta para o desenvolvimento. Nesse sentido, levando a reflexão para o tema dos códigos éticos profissionais, somente o ser humano deverá ser sujeito de qualquer regulamentação que se pretenda democrática, participativa e verdadeiramente bilateral<sup>4</sup>.

A ética médica é filosofia moral quando examina todas as questões delicadas que são direta ou indiretamente levantadas pela medicina a partir de seu núcleo focal: o paciente não apenas como objeto, mas também como sujeito de cuidado<sup>26</sup>.

## Considerações finais

Os textos analisados das duas versões do CEM apresentam um modelo de orientação ética profissional para a relação médico-paciente similar, deontológico, com predominância de aspectos técnicos procedimentais, virtudes e autonomia do médico, organizado como um código de condutas para o profissional competente e virtuoso. Por outro lado, tem-se observado, em códigos de ética de profissões de saúde no Brasil e no mundo, a ênfase no princípio do respeito à autonomia, tendo como referência a relação médico-paciente, com redução do poder médico e pesquisa médica com foco no consentimento informado.

Ao articular três teorias éticas normativas (virtude, deontologia e utilitarismo) num único documento, o CEM demonstra a busca de superação de aspectos teóricos antagônicos no cotidiano profissional. Aspectos deontológicos predominantes no CEM revelam a necessidade de atualização periódica orientada para o trabalho em saúde na atualidade,

com ênfase nos direitos do paciente e nos aspectos relacionados à promoção da justiça, em especial os asseguradores de equidade no acesso aos cuidados, e de uma saúde pública de qualidade.

Os códigos de ética são insuficientes para responder a situações não previstas, em todos os cenários futuros possíveis, e nenhum princípio pode ser aplicado sem conflito em qualquer circunstância.

Perante os desafios atuais, como abertura indiscriminada de escolas médicas, preocupação com a qualidade da formação médica, necessidade de interiorização da medicina, críticas à Lei do Ato Médico<sup>27</sup>, invasão de competências por outros profissionais, desenvolvimento acelerado de tecnologias para diagnóstico e tratamento, políticas em saúde, convivência entre doenças persistentes e emergentes e desenvolvimento da bioética com a exigência da consideração do pluralismo moral nas tomadas de decisão em saúde, o CFM deverá propor modificações no código de ética menos deontologizantes e mais axiológicas, considerando essas condições.

## Referências

1. Lanzer P. Let us speak about ethics: call-to-action. *Eur Heart J* [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2024];43(11):1027-28. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab813
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 70, 24 set 2009 [acesso 15 maio 2024]. Disponível: <https://tny.im/ckM4k>
3. Komparic A, Garon-Sayegh P, Bensimon CM. The promises and limitations of codes of medical ethics as instruments of policy change. *Bioethics* [Internet]. 2023 [acesso 15 maio 2024];37(4):406-15. DOI: 10.1111/bioe.13143
4. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2012 [acesso 15 maio 2024];20(1):9-20. Disponível: <https://tny.im/DHH2J>
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 8. Tradução livre.
6. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 29 nov 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40IcAqv>
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Samara EM, Tupy ISST. *História e documento e metodologia da pesquisa*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
9. Pyrrho M, Prado MM, Cordón J, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [acesso 15 maio 2024];14(5):1911-8. DOI: 10.1590/S1413-81232009000500033
10. Paranhos FRL, Garrafa V, Melo RL. Estudo crítico do princípio de benefício e dano. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 15 maio 2024];23(1):12-9. DOI: 10.1590/1983-80422015231041

11. Clouser KD. Common morality as an alternative to principlism. *Kennedy Inst Ethics J* [Internet]. 1995 [acesso 15 maio 2024];5(3):219-36. DOI: 10.1353/ken.0.0166
12. Azambuja LEO, Garrafa V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 15 maio 2024];23(3):634-44. DOI: 10.1590/1983-80422015233100
13. Durand G. Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos. 3ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2010.
14. Dissanayake AS, Rajapakse IH, Mihiran DJD. Professionalism, ethics and good medical practice: from lofty ideals to bedside medicine. *Asian J Intern Med* [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2024];1(1):3-8. DOI: 10.4038/ajim.v1i1.25
15. Evans D. Benefit and harm. In: ten Have HAMJ, Gordijn B, organizadores. *Handbook of global bioethics*. New York: Springer; 2014. p. 59-74.
16. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 15 maio 2024]. Disponível: <https://tny.im/0L8CL>
17. Mainetti JA. Crisis de la razón médica. In: Tealdi JC, diretor. *Diccionario latinoamericano de bioética* [Internet]. Bogotá: Unesco; 2008 [acesso 15 maio 2024]. p. 438-9. Tradução livre. Disponível: <https://tny.im/NW5OG>
18. Manzini JL. Relación médico-paciente. In: Tealdi JC, diretor. *Diccionario latinoamericano de bioética* [Internet]. Bogotá: Unesco; 2008 [acesso 15 maio 2024]. p. 441-4.
19. Rivera S. Alcances y límites del modelo deontológico en el campo de la ética de la investigación biomédica. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2009 [acesso 15 maio 2024];107(1):43-8. Tradução livre. Disponível: <https://tny.im/94mf5>
20. Vitolla F, Raimo N, Rubino M, Garegnani GM. Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics. *Journal of International Management* [Internet]. 2021 [acesso 15 maio 2024];27(1):100823. DOI: 10.1016/j.intman.2021.100823
21. Patuzzo S, Goracci G, Ciliberti R. Thomas Percival: discussing the foundation of medical ethics. *Acta Biomed* [Internet]. 2018 [acesso 15 maio 2024];89(3):343-8. DOI: 10.23750/abm.v89i3.7050
22. Parsa-Parsi RW. The International Code of Medical Ethics of the World Medical Association. *JAMA* [Internet]. 2022 [acesso 15 maio 2024];328(20):2.018-21. DOI: 10.1001/jama.2022.19697
23. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 15 maio 2024];25(2):244-54. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
24. Melo AUC, Gonçalves SRJ, Ribeiro CF, Santos TS, Santana ATR. Análise comparativa entre os códigos de ética odontológica e médica brasileiros. *Acta Bioeth* [Internet]. 2012 [acesso 15 maio 2024];18(2):257-66. DOI: 10.4067/S1726-569X2012000200014
25. Figueiredo LC, Gratão ACM, Martins EF. Código de ética para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais revela conteúdos relacionados à autonomia do profissional. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2013 [acesso 15 maio 2024];20(4):394-400. DOI: 10.1590/S1809-29502013000400015
26. Kalyuzhny R, Makeieva O, Shapenko L. Biomedical ethics and human rights in the context of innovation and information development of society. *Journal of History Culture and Art Research* [Internet]. 2020 [acesso 15 maio 2024];9(1):96-106. DOI: 10.7596/taksad.v9i1.2537
27. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 11 jul 2013 [acesso 29 out 2024]. Disponível: <https://tny.im/DwLsM>

**Francisco José Passos Soares** – Doutor – francisco\_passos01@hotmail.com

 0000-0002-5872-2183

**Volnei Garrafa** – Doutor – garrafavolnei@gmail.com

 0000-0002-4656-2485

**José Lualyson da Silva Santos** – Graduando – lualysonjose@gmail.com

 0000-0001-8619-6064

**Roberto Vieira dos Santos** – Graduando – roberto.santos.rvs@gmail.com

 0000-0003-3609-2376

#### Correspondência

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

#### Participação dos autores

Francisco José Passos Soares participou como principal pesquisador, elaborando o projeto, orientando e supervisionando a coleta de dados, resultados e discussão, e finalizou a elaboração do artigo. Volnei Garrafa idealizou o projeto, supervisionou os resultados e discussão, e aprovou a versão final. José Lualyson da Silva Santos contribuiu com a coleta de dados, organização dos resultados, discussão e preparação do artigo. Roberto Vieira dos Santos participou da coleta de dados, organização dos resultados, discussão e preparação do artigo.

**Recebido:** 4.5.2023

**Revisado:** 27.5.2024

**Aprovado:** 29.5.2024