

# Artigos de atualização

## Ética médica, códigos de ética médica e bioética

H. Tristram Engelhardt Jr.

**Resumo** Tendo por base conferência proferida para a Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica brasileiro, na sede do Conselho Regional de Medicina do Amazonas, em 18 de setembro de 2008, na cidade de Manaus/AM, este artigo examina questões maiores de formação cultural e filosófica, estruturando a ética médica e questionamentos relacionados ao profissionalismo da classe médica. Num breve histórico, apresenta algumas das características dos códigos de ética médica que desde o início do século XIX vêm servindo para estabelecer a identidade profissional da medicina e lhe dar foco e conteúdo. Mostra que o conteúdo desses códigos se transformou para refletir as tendências morais de cada época. Este trabalho esboça sua geografia cultural e conceitual em grande escala, que estabelece o contexto dos códigos de ética contemporâneos e os atuais desafios enfrentados pela profissão médica.

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



**H. Tristram Engelhardt Jr.**  
Doutor em Medicina pela Universidade de Tulane e em Filosofia pela Universidade do Texas, pesquisador na área de bioética, professor de Filosofia na Universidade de Rice e professor de Medicina no Baylor College of Medicine, ambas em Houston, Texas, Estados Unidos

Em uma cultura pós-moderna e pós-tradicional, o desafio enfrentado pelos médicos é manter e aperfeiçoar o sentido do profissionalismo, bem como a autoidentidade moral. Esse trabalho se concentra na tarefa de aperfeiçoar o sentido de profissionalismo médico, tomando-se, por exemplo, a situação específica dos Estados Unidos (EUA).

Duas características essenciais da profissão médica são a autorregulação e identidade moral distinta, que se refletiram na medicina transformando-a inicialmente em uma corporação, com conhecimentos e habilidades especiais. Essas características imbuíam responsabilidade fiduciária pelos pacientes e pela sociedade que se nutria em um relacionamento de responsabilidade da parte de médicos, derivado do profissionalismo dos médicos da Europa Ocidental – o qual, por sua vez, advinha da prática solo e da responsabilidade individual. Assim, os profissionais eram inseridos em uma profissão como uma associação autogovernante de médicos formados e habilitados, guiados por sua própria estrutura moral, apenas parcialmente aberta aos de fora.

No século XX, a medicina nos EUA foi desprofissionalizada, transformando-se de corporação autorregulada com

estrutura e identidade moral próprias em um comércio, supervisionado por reguladores (supervisores), tanto públicos como particulares, responsáveis por clientes e membros (o que implica na marginalização dos pacientes enquanto pacientes), cuja ética profissional precisava se conformar às exigências da bioética. Sob tal perspectiva, a obtenção de uma resposta para a crise de identidade moral dos médicos contemporâneos fundamentar-se-ia na proposta de que desafiassem a bioética.

Tal proposição tem como pressuposto a seguinte consideração: todas as perspectivas morais plenas de conteúdo são uma visão a partir de “um lugar”, de modo que a reivindicação da bioética, de falar a partir de “nenhum lugar”, é falsa. Além disso, o “lugar moral” a partir do qual se realiza a experiência clínica é essencial para se prover uma assistência de saúde adequada e os médicos podem oferecer um conjunto de *insights* específicos, relacionados à finitude que caracteriza a condição humana, o que se configura compreensão necessária às sociedades contemporâneas. Em decorrência, a profissão médica deve reavaliar o fato de sua ética não precisar se conformar com as exigências e aspirações da secular bioética geral.

A desprofissionalização da medicina nos EUA resultou de vários fatores. As revoluções morais dos anos 60 e 70 desafiaram os valores tradicionais e a sociedade americana que de cristã *de facto* e *de jure* se tornou secular *de jure*. A autoridade moral das profissões foi provocada e, em parte, desconstruída: figuras da autoridade tradicional – por exemplo, pais, maridos e médicos – foram questionadas.

Nesse contexto, a medicina deixou de ser formada por estruturas sociais tradicionais para tornar-se parcialmente pós-tradicional. Esses desenvolvimentos geraram as guerras culturais contemporâneas.

Na medicina, importantes reformulações social, legal e política ocorreram no século XX, de modo que a Associação Médica Americana (AMA) não mais pode afirmar que *todas as características do serviço médico, em qualquer método de prática médica, devem ser controladas pela profissão médica*. Não obstante, a ética médica e os códigos de ética médica têm substancial história que se estende, pelo menos, ao longo dos últimos quatro séculos – o que pode ser verificado nos trabalhos de Giovanni Codronchi, *De Christiana ac tuta medendi ratione libri duo* <sup>1</sup> (1591); Rodericus Castro, *Medicus-politicus:sive de officiis medicopoliticis tractatus* <sup>2</sup> (1614); Wolfgang Thomas Rau, *Gedanken von dem nutzen und der nothwendigkeit einer medicinischen policeyordnung in einem staat* <sup>3</sup> (1764); Johann Peter Frank, *System einer vollständigen medicinischen polizey* <sup>4</sup> (1779); John Gregory, *Observations on the duties and offices of a physician* <sup>5</sup> (1770); Thomas Percival, *Medical ethics* <sup>6</sup> (1803); Medical Association of North Eastern Kentucky, *A system of medical etiquette* <sup>7</sup> (1839); Samuel A. Cartwright, *Synopsis of medical etiquette* <sup>8</sup> (1844) e AMA, *Code of medical ethics* <sup>9</sup> (1848). Para um panorama geral dessa história, após o estabelecimento da AMA, pode-se citar Donald E. Konold, *A history of american medical ethics, 1847-1912* <sup>10</sup> e, também, o recente *The codification of medical morality* <sup>11</sup>, editado por Robert Baker em 1995.

Em decorrência dessa reformulação a capacidade da profissão em controlar o *ethos* da propaganda médica foi atenuada <sup>12</sup>. A revolução bioética inseriu a ética médica em uma base moral leiga. As reivindicações de autoridade do conhecimento moral clínico foram frequente, global e pejorativamente rotuladas de “paternalistas”. O conhecimento moral especial foi negado aos médicos. Para tanto, contribuiu especialmente a perspectiva inserida pela bioética, que efetuou profunda transformação na identidade moral da medicina ao requerer que a perspectiva moral que oferecia provinha de “nenhum lugar”, ou seja, seria neutra. Com isso, negava a legitimidade da perspectiva moral profissional a partir do “lugar” em que se realizava a experiência clínica. Os profissionais da bioética penetraram no vácuo criado pela marginalização dos médicos e eticistas religiosos para se tornarem os novos teólogos e padres morais seculares. A partir disso, a bioética tentou vir a ser a perspectiva moral decisória para a medicina e os profissionais médicos.

Nesse processo, os valores internos da medicina, derivados da experiência clínica, passaram a ser – explicitamente – conformados por nova ética societária (como neste exemplo, ocorreu em relação à bioética), de modo que os especialistas médicos-morais não mais fossem os médicos experientes e reflexivos, mas os profissionais da bioética. Como resultado, a auto-riedade moral dos médicos foi depreciada.

Essas mudanças trouxeram vantagens e desvantagens, custos e benefícios. Dentre as primeiras pode-se afirmar que a medicina se

beneficiou de importantes reflexões sobre a vida profissional ao recapturar o sentido de seu lugar como parte integral das ciências humanas. No entanto, ainda precisa recapturar sua própria identidade moral profissional. E este é o desafio: restaurar a identidade médica profissional, de forma a sustentar e nutrir a vida do médico como um chamado moral especial com sua própria integridade moral.

Essas mudanças nas suposições morais que redefinem a profissão médica surgiram contra um histórico de desenvolvimentos científicos e tecnológicos que alteraram o conteúdo e a linguagem da medicina. Como apontado, a profissão havia sido reformulada pelas novas ciências dos séculos XVIII e XIX. A prática clínica da medicina se tornou dependente do laboratório, como Giovanni Morgagni já mostrava, em 1761, no trabalho *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* <sup>13</sup>. Ciências como anatomia, fisiologia e bacteriologia se tornaram básicas, no sentido de que a realidade clínica foi novamente descrita em termos científicos básicos. Uma nova linguagem científica ou discurso médico da medicina surgiu, reformulando a linguagem clínica. As queixas por parte de pacientes, para serem de *bona fide*, exigiam valores verdadeiros do ponto de vista anatomofisiológico: precisavam ser comprovadas pelas ciências básicas.

A tendenciosidade do observador foi reconhecida como um problema a ser abordado por meio de: a) correlações clínicas patológicas (a autópsia tomou importância central); b) expe-

riências controladas (o laboratório veio a definir a clínica); c) análise estatística das descobertas (as estatísticas vieram a guiar as decisões clínicas). Assim, a *arte* da medicina se tornou dependente da *ciência* da medicina.

A última parte do século XX testemunhou a revolução da informação: o advento da inteligência artificial permitiu a rápida acumulação e análise de dados, fazendo com que a nova medicina baseada em evidências endossasse o tratamento apenas quando o mesmo fosse legitimado por uma probabilidade aceitável dos benefícios, aliada com um nível aceitavelmente baixo de riscos de morbidez e mortalidade. Tornou-se possível a avaliação detalhada da qualidade do serviço de saúde, realizada por outros profissionais que não os médicos. A partir dessa base de informações as instituições e os leigos podem, frequentemente, ter acesso a informações médicas tanto quanto os próprios médicos.

Essas alterações estavam ocorrendo na estrutura social da prática médica. Os médicos deixaram de ser, antes de tudo, praticantes individuais. O profissional médico independente, amplamente responsável por seus atos, está sendo substituído não simplesmente por médicos trabalhando em ambientes de prática em grupo, mas por médicos frequentemente trabalhando inseridos em ambientes institucionais controlados por grandes empresas, com ou sem fins lucrativos, bem como públicas. Decorre, como resultado, o fato de que as escolhas feitas pelo médico quanto a diferentes tratamentos estão, sempre mais, sendo administradas por médicos alheios ao trata-

mento ou por profissionais que não pertencem à classe médica: cada vez mais terceiros administram e controlam a medicina.

Essas mudanças na relação médico-paciente têm tornado esta díade amplamente anacrônica. Entre eles há agora, normalmente, um conjunto de outros interlocutores:

1. Pagadores outros que não o paciente (por exemplo, o empregador do paciente ou o governo);
2. Fiduciários (por exemplo, sistemas de seguro particulares e públicos, mantendo fundos advindos de pagadores para os pacientes), que são administradores de fundos e obrigações;
3. Grandes instituições provedoras de serviços de saúde, no interior das quais cada vez mais são fornecidos os cuidados de saúde;
4. Agências reguladoras do governo, buscando conter custos e proteger os pacientes; e
5. Administradores, julgando a adequação de intervenções médicas.

Forças econômicas também têm reformulado o caráter da profissão médica. O crescimento nos gastos, que se provaram como de difícil corte, resulta da contraposição de perspectivas paradoxais. Por um lado, se instaurou uma ideologia igualitária que comprometeu a medicina com a impossível tarefa de prover o melhor cuidado possível a todos (fazendo todo o possível para prolongar a vida e diminuir o sofrimento), e também propôs assegurar cuidados iguais para todos (mesmo em face das desigualdades biológicas irredutíveis). Em contraparte, se pretende preservar a escolha médico-

paciente e ainda controlar custos. Nos EUA, apenas o Estado do Oregon pôde admitir que em vez de tentar equilibrar essas demandas praticamente irreconciliáveis se deveria, em vez disso, estar comprometido com menos do que o melhor cuidado para a maioria (denominado como “pelo menos, cuidado *adequado* a todos”), cuidados desiguais (reconhecendo que a natureza criou todos desiguais) e escolha limitada médico-paciente, sem pagamento adicional, de modo a, efetivamente, controlar os custos (os benefícios adicionais estavam disponíveis apenas mediante pagamento).

Em decorrência da maioria dos médicos, políticos e pacientes não terem desejado admitir a impossibilidade de uma ideologia médica igualitária, tornou-se necessário impor limites ao acesso ao diagnóstico e a intervenções terapêuticas desejadas e benéficas, para conter custos, enquanto se reivindica, ao contrário dos fatos relacionados ao assunto, que o acesso a cuidados benéficos importantes não estavam sendo significativamente limitados; que limites de custos não geram impactos importantes nos resultados relacionados à saúde; e que a qualidade dos cuidados pôde ser preservada pela administração, apesar dos limites de recursos.

O *managed care* (cuidados gerenciados), os pagamentos a receber e outras abordagens semelhantes visando ao controle de custos envolveram um desvio nos paradigmas do tratamento, realizados com o objetivo de limitar os custos. Sob o regime do reembolso total retrospectivo da indenização, as intervenções diagnósticas e terapêuticas provavelmente benéficas, pelas quais alguém deseja pagar, são

inocentes até que se prove o contrário. Sob o regime de reembolso futuro limitado, intervenções caras (mesmo associadas a riscos reduzidos) são culpadas, até que se prove o contrário (isto é, cuja eficácia seja estatisticamente comprovada). Os administradores causaram um desvio nas imagens morais que dão forma à profissão.

Tendo em vista essas profundas mudanças, como poderá a profissão médica recapturar sua identidade moral substantiva e o sentido de profissionalismo? O que podem os médicos brasileiros aprender com o que ocorreu nos EUA? Uma das possibilidades para os médicos e a medicina como profissão formada é estarem profundamente envolvidos na informação à sociedade e aos pacientes sobre os limites da condição humana. John Kitzhaber, médico e governador do Oregon, buscou alcançar essa meta ao desenvolver o Plano Oregon – segundo o qual a profissão médica deveria ajudar a orientar as políticas públicas e as decisões dos pacientes de modo prudente e honesto, para melhor levar em consideração a condição humana.

Como profissão qualificada, a medicina deveria lembrar à sociedade a intratável diversidade das visões morais e da falência das esperanças do Iluminismo, refletidas na emergência da bioética original americana. Há desacordo sobre o significado das principais passagens da vida, desde a sexualidade e reprodução ao sofrimento e morte. Há disputas sobre a autoridade e integridade da família. Essas circunstâncias provocam as guerras culturais. Não compartilhamos uma moral única. Por exem-

plo, não é moralmente autoevidente que os médicos não devam informar aos pais sobre o diagnóstico e o tratamento de seus filhos menores, como propõe o artigo 103, constante do Capítulo IX do Código de Ética Médica brasileiro (1988).

### Considerações finais

A profissão médica deveria lembrar à sociedade que a bioética não encontrou uma visão neutra de “lugar nenhum”, bem como informar que a medicina, e não a bioética, compreende melhor o significado moral do caráter da finitude humana, como ela marca a assistência de saúde. Os médicos deveriam ser os educadores em relação à natureza da condição humana. Ensinando à sociedade e aos pacientes sobre os limites dos poderes e possibilidades humanas: a) todos morrerão (quantidade alguma de recursos poderá evitar isso); b) a maioria das pessoas sofrerá antes de morrer (quantidade alguma de recursos poderá evitar isso); c) o conhecimento empírico (por exemplo, médico) é probabilístico; d) os recursos são limitados; e) toda vida é um jogo e, por isso, a medicina é um jogo, no qual geralmente se recebe aquilo que se paga (e os seres humanos são drasticamente desiguais nesse sentido).

A profissão médica deve recapturar sua autoidentidade moral e preservar os próprios compromissos morais internos, não servindo à agenda política de esconder as consequências dos recursos limitados, ou endossando uma visão específica de justiça em alocações de assistência de saúde. A profissão médica, por causa de seu foco no sofrimento humano, na agonia e na morte, deveria ver sua identidade moral como dependente de uma revelação franca dos limites da finitude humana, incluindo os da moralidade e bioética secular. A profissão médica deveria buscar sua própria voz moral. Em resumo, os médicos são membros de uma profissão que lida com o sofrimento, mas podem encontrar uma completude e integridade profissional realizada ao ajudar nossa cultura a enfrentar a finitude humana, nossos limites e diferenças inevitáveis.

Por fim, é imprescindível alertar que os médicos não devem reduzir sua perspectiva moral às aspirações supostamente anônimas e universais da bioética, que tomaram forma nos anos 70. Os médicos deveriam reconstruir uma visão moral fundamentada a partir do “lugar” da experiência clínica e não deveriam aceitar acriticamente as tendências bioéticas de cada época.

## Resumen

---

### **Ética médica, códigos de ética médica y bioética**

Teniendo como base la conferencia dictada para la Comisión Nacional de Revisión del Código de Ética Médica brasileño, en la sede del Consejo Regional de Medicina de Amazonas, el 18 de Septiembre de 2008, en la ciudad de Manaus/AM, este artículo examina cuestiones relevantes de formación cultural y filosófica, estructurando la ética médica y cuestionamientos relacionados al profesionalismo de la clase médica. En un breve histórico, se presenta algunas características de los códigos de ética médica que desde el inicio del siglo XIX sirve para establecer la identidad profesional de la medicina y para darle enfoque y contenido. Muestra que el contenido de esos códigos se transformó para reflejar las tendencias morales de cada época. Este trabajo esboza su geografía cultural y conceptual en gran escala, que establece el contexto de los códigos de ética contemporáneos y los actuales desafíos enfrentados por la profesión médica.

**Palabras-clave:** Ética médica. Códigos de ética médica. Bioética.

## Abstract

---

### **Medical ethics, codes of medical ethics and bioethics**

Based on the conference presented before the National Committee for Review of the Brazilian Code of Medical Ethics, at the headquarters of the Regional Council of Medicine in the State of Amazonas, on September 18, 2008, in the city of Manaus/AM, this paper analyzes major issues in cultural and philosophical education to structure medical ethics and questions related to professionalism in the medical sector. In a short retrospective, it presents some characteristics of codes of medical ethics which, since the beginning of the 19<sup>th</sup> century, have helped to establish a professional identity of medicine, providing it with focus and content. It shows that the content of these codes were transformed to reflect the moral trends of each time period. This work drafts its cultural and conceptual geography in large scale, setting the context of contemporary codes of ethics and current challenges experienced by the medical profession.

**Key words:** Medical ethics. Codes of Medical Ethics. Bioethics.

## Referências

---

1. Codronchi G. De Christiana ac tuta medendi ratione libri duo. Ferrara: 1591.
2. Castro R. Medicus-Politicus: sive de officiis medicopoliticis tractatus. Hamburg: Frobeniano; 1614.
3. Rau WT. Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policyordnung in einem Staat. Ulm: Stettin; 1764.
4. Frank JP. System einer vollständigen medicinischen Polizey. Mannheim: C.F.Schwan; 1779.
5. Gregory J. Observations on the duties and offices of a physician. London: Strahan; 1770.
6. Percival T. Medical ethics. Manchester: Russell; 1803.
7. Medical Association of North Eastern Kentucky. A system of medical etiquette. Maysville/KY: Maysville Eagle; 1839.
8. Cartwright SA. Synopsis of medical etiquette. New Orleans Medical and Surgical Journal 1844;1(2):101-4.
9. American Medical Association. Code of medical ethics. New York: H. Ludwig; 1848.
10. Konold DE. A history of american medical ethics, 1847-1912. Madison: State Historical Society of Wisconsin; 1962.
11. Baker R, editors. The codification of medical morality. Dordrecht: Kluwer; 1995.
12. American Medical Assoc. vs. Federal Trade Comm'n, 638F.2d 443 (2d Cir. 1980).
13. Morgagni G. De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis. Venice: 1761.

Recebido: 26.2.09      Aprovado: 15.10.09      Aprovação final: 3.11.09

## Contato

---

Tristram Engelhardt Jr. – [htengelh@rice.edu](mailto:htengelh@rice.edu)  
P.O. Box 1892, 77251-1892. Houston, Texas, EUA.