

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**  
**Mestrado em Bioética**

**Edson Umeda**

**VULNERABILIDADE E PATERNALISMO:  
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA  
MÉDICA BRASILEIRO**

**São Paulo**  
**2012**

**Edson Umeda**

**VULNERABILIDADE E PATERNALISMO:  
UMA REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA  
MÉDICA BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo, sob orientação do Profa. Dra. Margareth Rose Priel, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Bioética.

**São Paulo**

**2012**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani**

Umeda, Edson

Vulnerabilidade e paternalismo: uma reflexão bioética sobre o novo código de ética médica brasileiro / Edson Umeda. -- São Paulo : Centro Universitário São Camilo, 2012.

73p.

Orientação de Margareth Rose Priel

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2012.

1. Bioética 2. Códigos de ética 3. Ética médica 4. Vulnerabilidade  
I. Priel, Margareth Rose II. Centro Universitário São Camilo III. Título.

## **DEDICATÓRIA**

*Aos meus pais, Macoto Umeda e Sawako Maruyama Umeda, exemplos irretocáveis de construção da família e de convivência social.*

*À Vanessa de Lira Silva, companheira que participa de uma trajetória de construção de vida familiar, social e acadêmica.*

*Ao meu filho, Lucas Augusto Umeda, meu grande amigo, que me ensina a cada dia como ser e permanecer justo. Amor incondicional!*

## **AGRADECIMENTOS**

*À minha orientadora, Profa. Dra. Margareth Rose Priel, pelos valiosos ensinamentos acadêmicos e pelas conversas durante as quais “viajávamos” pela estrada da bioética. Agradeço seu tempo dedicado, sua atenção e simpatia ao longo do desenvolvimento desta pesquisa.*

*Ao Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos, que colaborou para o enriquecimento deste estudo e que me estimula com seu manto intelectual, sempre preciso e reto, o meu raciocínio.*

*Ao Prof. Dr. William Saad Hossne, pelas sábias intervenções durante todos os nossos encontros e pelo exemplo a ser seguido.*

*Ao Prof. Dr. Reinaldo Ayer de Oliveira, pelas palavras de estímulo durante nossos encontros e pelas sempre equilibradas e coerentes reflexões.*

*Ao Profs. Drs. Valdeir Fagundes de Queiróz e Rubens Augusto Brazil Silvado (in memoriam), por proporcionar minha iniciação na pesquisa acadêmica.*

*Ao Centro Universitário São Camilo – São Paulo, por oferecer toda estrutura acadêmica necessária ao estudo e à confecção desta pesquisa.*

*Aos colegas de classe, especialmente aos amigos Gil Emerson Lima Aguiar e Pedro S. Campaña, bem como à amiga Luciana Bertachini, que a cada encontro me enriquecem acadêmica e culturalmente.*

*À Sra. Andrea Aguiar pela sua inestimável amizade.*

*Às valorosas bibliotecárias, Sra. Rosana Drigo, da Biblioteca Padre Inocente Radrizzani, do Centro Universitário São Camilo, e Sra. Dinaura Paulino Franco, da Biblioteca Dr. Flávio Fávero, do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, pelo carinho e dedicação profissional que me conferiram a cada visita.*

*À minha família, pela estrutura e pela sempre acolhida em seus braços imanes nos momentos mais críticos.*

*Às equipes de trabalho do Hospital Infantil Cândido Fontoura, na pessoa do Dr. João Carlos Vicente de Carvalho, e do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, na pessoa do Prof. Dr. Otávio Monteiro Becker Junior, meu muito obrigado pela colaboração nesta pesquisa.*

*“[...] Então, dentro da Bioética, o importante é tentarmos desvelar a figura de Deus. Visualizarmos um Deus vivo, experimentado, dinâmico, que se mostra em sinais. O poder da sua atuação nos leva, por exemplo, a ter respeito com as pessoas; a não fazer o mal; a fazer o bem; a ter práticas profundas de justiça e a respeitar a dignidade e a autonomia do outro.[...].”*

*Prof. Dr. Márcio Fabri dos Anjos*

UMEDA, Edson. **Vulnerabilidade e paternalismo**: uma reflexão sobre o novo código de ética médica brasileiro. 2012. 73f. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2012.

O estudo aqui apresentado como *Vulnerabilidade e paternalismo: uma reflexão sobre o novo código de ética brasileiro* tem como objetivo geral contextualizar a última revisão do código de ética dos médicos brasileiros diante de um breve relato da história da medicina no mundo e no Brasil com algumas interfaces com a ética médica e por meio da análise de alguns referenciais bioéticos como autonomia, vulnerabilidade e beneficência. Para tanto, lançamos mão de objetivos específicos que se concentram na análise das relações pessoais no respectivo código de ética médica e na avaliação proposta por Leonard Martin, focalizando a hegemonia da benignidade e sua importância em relação aos valores econômicos, jurídicos e científicos. Para essa análise documental, analisamos a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Na análise comparativa dos códigos de ética médica de 1988 e 2009 pudemos constatar avanços humanísticos em benefício do sujeito vulnerável, entretanto, o paternalismo permanece em suas linhas. Dessa forma, apesar dos avanços alcançados, a constante interlocução com a sociedade ainda deve ser considerada como política primordial da classe médica para próximas revisões das normas codificadas.

**Palavras-chave:** Códigos de Ética. História da medicina. Ética médica. Autonomia. Vulnerabilidade. Beneficência.

UMEDA, Edson. **Vulnerability and paternalism: a reflection on the New Code of Medical Ethics of Brazil.** 2012. 73f. Dissertation (Master's degree in Bioética) - University Center São Camilo, São Paulo, 2012.

The study presented here as Vulnerability and paternalism: a reflection on the new code of ethics in Brazil, aims to contextualize the last general revision of the code of ethics of Brazilian physicians before a brief account of the history of medicine in the world and in Brazil with some interfaces with medical ethics and through the analysis of some bioethical frameworks such as autonomy, beneficence, and vulnerability. For this purpose, we used specific objectives that focus on the analysis of personal relationships in their code of medical ethics and the evaluation proposed by Leonard Martin, focusing on the hegemony of kindness and its importance in relation to economic values, legal and scientific. For this analysis documents, we analyzed the resolution of the Federal Medical Council No. 1931 of September 17, 2009. The comparative analysis of codes of medical ethics 1988 and 2009 we have seen advances in favor of humanistic subject vulnerable, however, paternalism remains in their lines. Thus, despite advances, the constant dialogue with society should still be considered as a primary policy of medical for future revisions to the codified norms.

**Keywords:** Codes of ethics. History of medicine. Medical ethics. Autonomy. Vulnerability. Beneficence

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

a.C.	Antes de Cristo
AMA	American Medical Association
AMM	Associação Médica Mundial
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEM	Código de Ética Médica
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
D.C.	District of Columbia
EUA	Estados Unidos da América
MEC	Ministério da Educação e Cultura
RBB	Revista Brasileira de Bioética
SBB	Sociedade Brasileira de Bioética
SUS	Sistema Único de Saúde
WI	Wisconsin

## SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Abreviaturas e Siglas

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 ÉTICA MÉDICA E A MEDICINA.....	14
3 CONSTRUÇÃO DE UMA ÉTICA MÉDICA DO BRASIL .....	24
4 ÉTICA MÉDICA, CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA.....	30
5 REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A CODIFICAÇÃO.....	35
6 PATERNALISMO E VULNERABILIDADE NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE 2009 .....	47
7 CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	69

## 1 INTRODUÇÃO

A diversidade moral define a condição humana. Como não dispomos de uma moralidade pré-teórica comum, e menos ainda de um único relato da moralidade em geral, a bioética se articula no âmbito da controvérsia e da disputa (ENGELHARDT, 2010, p. 432).

O objeto de estudos de vários autores versa sobre a obrigação que as sociedades ao longo da história têm com criação dos códigos de ética, visando aperfeiçoar as relações entre os indivíduos e a manutenção das relações humanas (NEVES, 2008).

De um conjunto de códigos descobertos na antiguidade, destacamos o Código de Hamurabi (1780 a.C.), exemplo de um desses, em que num monólito de pedra negra em forma de cone, provindo do templo de Hebabbara na antiga Mesopotâmia, atual Irã, está totalmente coberto por escrita cuneiforme

Trata-se, sem dúvida, do ponto de vista ético e social de um documento universal, pois traz em suas 46 colunas dispostas em 3.600 linhas conteúdos sobre leis civis, penais e normas administrativas que regulamentavam a população do Império Sumerino. Em seu capítulo XII, o Código de Hamurabi tratava de honorários e penalidades profissionais para médicos, veterinários, barbeiros e outros, assim como a Pena de Talião (olho por olho, dente por dente) quando ocorria um erro médico. Desde aquela época, notou-se a necessidade de regulamentar o comportamento social e as práticas profissionais, principalmente aquelas que interferiam diretamente na vida das pessoas (NEVES, 2008).

Mais adiante na cronologia da história nos deparamos com a escola Hipocrática, nascida quase concomitantemente com a filosofia e que separou a medicina, da religião e da magia, afastando crenças sobrenaturais das doenças.

Localizada na ilha de Cós no mar Egeu – Grécia, no século V a.C. floresce a pessoa de Hipócrates (460-370 a.C.), um personagem que determinaria profundas inspirações para todos os médicos.

A dignidade da profissão médica segundo a escola hipocrática era estabelecida por pilares éticos de conduta que deveriam nortear a vida do médico

tanto em relação ao exercício profissional como em relação à esfera pessoal. A escola hipocrática é apontada, portanto como pioneira na utilização da racionalização e a sistematização da medicina.

Dentre a coleção de 72 livros da escola hipocrática, conhecida com *Corpus hippocraticum*, há sete livros que tratam de ética médica. Dos sete livros *Juramento, Da Lei, Da Arte, Da Antiga Medicina, Da Conduta Honrada, Dos Preceitos, Do Médico*, destaca-se o livro *Juramento*, por ser considerado um patrimônio da humanidade por seu elevado sentido moral (REZENDE, 2003).

Ao Juramento de Hipócrates é creditado por muitos autores como o primeiro código de ética médica ocidental. Considerando-se sua compatibilidade com o cristianismo, tornou-se universal no Ocidente, principalmente a partir do século XI de nossa era (NEVES, 2009).

A obra do autor Thomas Percival, *Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*, de 1803, constitui o primeiro código de ética moderno não somente pela sua codificação, mas também pela descrição de seu conteúdo enunciando deveres que assistiriam aos médicos. Além disso, foi a primeira obra a empregar a expressão “ética médica”, tão comum na atualidade.

Essa obra, iniciada em 1792 e concluída em 1794, cunhada pelo Iluminismo Escocês do século XVIII, que além do autor também foi um protagonista na medicina John Gregory; juntos testemunharam grande preocupação da sociedade no que se refere à prática clínica, à normatização das obrigações e à atuação do médico, com vistas à profissionalização da medicina

O objetivo de Thomas Percival foi estabelecer uma nova conduta para os médicos com o objetivo de intervir na disputa entre médicos dietistas, cirurgiões e apotecários/farmacólogos sobre seus deveres no tratamento dos doentes internados nas enfermarias de Manchester vítimas de febre tifoide (NEVES, 2009).

Segundo Neves (2009), a importância de Percival não esteve circunscrito somente à Grã-Bretanha, mas serviu de alicerce para o primeiro código de ética americano (AMA, 1847). A partir daí, por vias indiretas, influenciou outros códigos de ética médica ao redor do mundo.

Ao nos distanciarmos de Percival, no século XX encontramos alguns documentos que, por sua relevância sociopolítica, influenciaram a construção dos novos códigos de ética médica.

O Código de Nuremberg, exemplo desses documentos relevantes, foi ditado por juízes estadunidenses em agosto de 1947 para julgar os médicos nazistas acusados de crimes, quase sempre mortais, de experimentação com seres humanos. O julgamento teve início em dezembro de 1946 e terminou em julho de 1947. Foram acusados vinte e três réus dos quais somente três não eram médicos. Ao final, dezesseis réus foram declarados culpados, sete deles foram condenados à pena de morte, cinco à prisão perpétua e sete foram absolvidos. Os juízes, apesar de terem conhecimento da importância do juramento Hipocrático e da obrigação de não maleficência (o dever do médico em primeiro lugar é não fazer o mal ao seu paciente), conferiram que o juramento não era suficiente para proteger os voluntários de uma pesquisa. Por essa razão, elaboraram um conjunto de dez princípios centrados não no pesquisador, mas no sujeito participante da pesquisa (SHUSTER, 1997).

Segundo Fajardo (1999), o Código de Nuremberg é o primeiro documento que contém algumas normas éticas direcionadas à pesquisa médica com seres humanos e é baseado no desenvolvimento de consentimento livre e esclarecido. Como desfecho de sua ação, várias associações médicas mundiais vêm elaborando códigos de ética na pesquisa e prática clínica com seres humanos.

Também a Declaração de Helsinki (1964) e suas atualizações, confeccionadas pela Associação Médica Mundial, exercem grande influência em ditames dos códigos de vários países.

Segundo Diniz e Corrêa (2001), uma lacuna de vinte anos depois da confecção do Código de Nuremberg se fez até médicos e pesquisadores, nazistas ou democratas, perceberem que poderia haver um mal uso concreto da pesquisa clínica. Foi nesse panorama de medo e dúvida que a Associação Médica Mundial (AMM), em 1964, instituiu a Declaração de Helsinki, que é isenta de poderes legais e normativos, mas é considerado um documento importante no que diz respeito à ética envolvendo pesquisa médica.

Para finalizar esta introdução, não poderíamos deixar de citar a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, lançada na versão em português no ano de 2006, em Brasília. Na ocasião, várias autoridades de renome da bioética brasileira presente manifestaram-se sobre o documento, para o presidente da Sociedade de Bioética Brasileira (à época) tentou-se garantir o referencial da alteridade

Em uma análise da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a vulnerabilidade e todas as suas características universais, conjuntamente com a responsabilidade social, que é fator determinante para a análise moral e justificação de avanços técnico-científicos, intervenções genéticas e ecológicas e outras ações, sem consentimento prévio, incluindo ou excluindo beneficiários, são apontadas como sendo imprescindíveis para uma reflexão bioética (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010).

## 2 ÉTICA MÉDICA E A MEDICINA

Duas linhas de atividades apresentam-se na antiga história da humanidade, a atividade do cuidar de pessoas doentes e a necessidade da estrutura social em codificar regras, para que as pessoas possam conviver em sociedade.

Cronologicamente, a Medicina, do período pré-histórico à antiguidade, caracterizava-se pela emancipação progressiva e parcial em relação às concepções mágico-animistas e religiosas das doenças e dos tratamentos terapêuticos (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Nesse tempo, a doença, na verdade, era concebida, na maioria das vezes, como a intrusão de um objeto material inanimado ou de um ser vivo material no organismo do indivíduo por um ser supranatural, uma divindade. A causa dessas concepções mágico-animistas e religiosas era a punição por uma falha individual ou coletiva cometida por uma sociedade. Os feiticeiros, padres mágicos ou xamãs com seus poderes ocultos eram os intermediários entre os seres humanos e o sobrenatural para atingir a cura, segundo relatam Allamel-Raffin, Leplège e Martire Junior (2011).

Desde essa época apelava-se para a medicina empírica, que explorava as propriedades curativas das plantas medicinais, como o cânhamo indiano, o ópio e a beladona. Contudo, a partir do terceiro milênio antes de Cristo, associações da doença com sintomas começaram a se estabelecer na China e na Índia, por exemplo (BARIÉTY; COURY, 1971).

No aspecto histórico sobre a necessidade da criação de normas, o Código de Hamurabi tem grande importância por ser a primeira redação unificada de um corpo de leis, de concepção racional e humana, segundo Prado (2007).

Em 1780 a.C., o Código de Hamurabi considerado por muito tempo um documento quase único no gênero, talvez por ter sido o primeiro a ser descoberto, acabou sendo atribuído ao seu codificador uma originalidade indevida, que foi corrigida com a descoberta, na primeira metade do século XX, do código de Bilalama, também conhecido como Código de Eshnunna (1930 a.C.) e do código de Lipit-Ishtar (1870 a.C.) (PRADO, 2007).

Khammu-rabi ou como hoje conhecemos, Hamurabi, sexto rei da primeira dinastia babilônica, também chamada de amorita, reinou aproximadamente entre 1792 a 1750 a.C. Ao final de seu reinado, erigiu uma enorme pedra de basalto, na qual é retratado recebendo do rei Marduk a insígnia do reinado e da justiça e, abaixo, estão inscritas colunas e cláusulas conhecidas como Código de Hamurabi (PRADO, 2007).

No capítulo que trata sobre salários, honorários e responsabilidades dos médicos e veterinários; arquitetos e bateleiros, choques de embarcações, podemos ler no artigo 215: “Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o cura ou se ele abre a alguém uma incisão com a lanceta de bronze e o olho é salvo, deverá receber dez siclos” (PRADO, 2007).

Continua em seus artigos, salientando a classe social a que pertence o sujeito e sua penalidade, no artigo 216, temos: “Se é um liberto, ele receberá cinco siclos”; artigo 217: “Se é um escravo de alguém, o seu proprietário deverá dar ao médico dois siclos”. De maneira semelhante à comentada anteriormente, o código, por meio de seus artigos prossegue e, no artigo 218, estabelece: “Se um médico trata alguém de uma grave ferida com a lanceta de bronze e o mata ou lhe abre uma incisão com a lanceta de bronze e o olho fica perdido, se deverão cortar as mãos”; no artigo 219: “Se o médico trata o escravo de um liberto de uma ferida grave com a lanceta de bronze e o mata, deverá dar escravo por escravo” e o no artigo 220: “Se ele abriu a sua incisão com a lanceta de bronze o olho fica perdido, deverá pagar metade de seu preço”. Segundo Prado (2007), essa codificação, adotada pela Assíria, Judeia e Grécia, tinha o propósito de implantar a justiça na Terra, destruir o mal, prevenir a opressão do fraco pelo forte, iluminar o mundo e propiciar o bem estar do povo.

Foi na Grécia, aproximadamente no século V a.C., com os pensadores pré-socráticos, como Tales, Anaximandro e Anaxímenes, que teve início, de forma lenta, um novo quadro de pensamento. Mesmo assim, esses filósofos gregos pouca importância atribuíram à observação metódica dos doentes, mas tornaram possível o desenvolvimento de um novo pensamento médico (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Hipócrates, nascido na ilha de Cós, viveu aproximadamente entre 460 a 370 a.C., perto da atual Turquia, é, portanto, pouco mais velho que Aristóteles e Platão.

Praticava medicina e ensinava discípulos em troca de pagamento. Tornou-se uma influência para homeopatas, naturopatas, quiropraxistas, herboristas e osteopatas, que o consideram o fundador dos ideais que sustentam as formas de abordagem à saúde, à doença e à cura (BYNUM, 2011).

Segundo Bynum (2011), a medicina hipocrática é holista, o que faz com que suas ideias continuem a ser tão atraentes aos terapeutas modernos. A abordagem hipocrática é focada no paciente como um todo e muito enraizada na cultura e seus valores; os gregos não faziam autópsia para determinar a causa da morte e não ensinavam anatomia com profundidade aos estudantes porque tinham valores culturais avessos à dissecação de corpos humanos.

Jonsen (2000) relata que essa nova medicina se tornou uma forma de conhecimento com uma coleção de cerca de 70 tratados conhecidos como *Corpus Hippocraticum*. A coleção, escrita em dialeto jônico, é uma mistura de obras com pouco em comum e tem a intenção de explicar a natureza e evolução da doença e os meios de cura. Nessa coleção, que provavelmente foi escrita durante cerca de cinco séculos, vários tratados, como *Preceitos*, *Arte*, *Direito*, *Decoro*, *Médicos* e o mais famoso, o *Juramento*, são dedicados às formas como os médicos deveriam se comportar e como eles deveriam aplicar suas habilidades médicas.

O que pode ser a mais antiga declaração sobre ética não aparece nesses tratados éticos, mas em um livro específico de clínica e epidemiologia, intitulado *Epidemics I*. No meio de um artigo clínico, a primeira advertência sobre a ética do profissional aparece sob forma enigmática. Enquanto apresenta sinais e sintomas a serem reconhecidos como marcadores da transição doença-saúde, o autor faz uma colocação aparentemente fora do contexto: “declarar o passado, diagnosticar o presente e prever o futuro”. Quanto às doenças, ter o hábito de duas coisas: ajudar e não prejudicar (JONSEN, 2000).

Entre Hipócrates e Galeno desenvolveu-se uma escola helenista em Alexandria. Erasistrato de Céos e Herófilo de Calcedonia ensinaram e praticaram a Medicina. Certamente, seguiram a abordagem do humorismo de Hipócrates, mas diferenciaram-se por realizarem autópsias e vivisseções em condenados à morte (ALLAMEL-RAFFIN, LEPLÈGE, MARTIRE JUNIOR, 2011).

O legado de Hipócrates, preservado e modificado, foi transmitido a todo Ocidente pelos escritos de Galeno cerca de 500 anos após sua época. Embora Galeno tenha nascido em Pérgamo, exercia a medicina em Roma (BYNUM, 2011).

Galeno, segundo Allamel-Raffin, Leplège e Martire Junior (2011), entrelaçou três conceitos, o pneuma de Platão (sopro vital), o finalismo de Aristóteles (cada um existe para um fim) e o humorismo hipocrático. Propôs em seu tratado, *De usu partium*, a teoria da circulação do sangue e a distinção entre sangue arterial e venoso que através do coração e do fígado era distribuído para o organismo.

Dentre os volumosos escritos de Galeno, muitos são os tratados e os comentários sobre ética. Na defesa de seu ponto de vista, em *O melhor médico é também um filósofo*, Galeno afirma que um médico digno desse nome, dignificado por Hipócrates, deve ter noção de todas as partes da filosofia: a lógica, a física e a ética (SINGER, 1997 *apud* JONSEN, 2000).

Jonsen (2000) relata que nos tempos helenísticos e romanos, as cidades teriam nomeado médicos oficiais civis, cujo papel na sociedade não era conclusivo. Inúmeras vezes as cidades ofereciam aos médicos isenções de certos impostos e de onerosos deveres civis, mas a razão para esse reconhecimento cívico é mal compreendido, tanto na literatura jurídica quanto na médica. A ética política da medicina ainda era pouco desenvolvida, embora um pouco mais visível nessa época helênica.

Por intermédio de anônimos escribas, de estabelecimentos religiosos e cortes recebemos informações desses escritos entre a queda do Império Romano até o Renascimento, denominado período da medicina teórica, que se sustentou até o século XVIII. Com a contribuição dos médicos do Oriente (Bizâncio, Império Islâmico e áreas dominadas pelo Islã), tais escribas deixaram três noções importantes: a divisão hierárquica dos médicos, a universidade e os hospitais (BYNUM, 2011).

Discorre Temkin (1977) sobre o fato de que segunda grande parte da história da medicina começa no final do quarto século, traduzida na fundação do primeiro hospital cristão em Caesarea, na Capadócia, e termina no final do século XIV, com a medicina dentro das universidades e na vida comum da população das nações emergentes da Europa.

No início da Idade Média, apesar de vislumbrarmos a prática médica secular, cada vez mais a competência tornava-se própria de monges e pessoas da igreja e somente pouca literatura clássica foi preservada nos mosteiros. Nesses séculos, a fé cristã difundida pela Igreja Católica Romana estava presente em todos os aspectos da vida ocidental. A igreja, então, na luta contra o uso da magia e da superstição na tarefa da cura, usava a medicina racional e a oração. Essa influência eclesiástica e teológica foi observada na ética da medicina (TEMKIN, 1977).

Para Jonsen (2000), o tom deontológico da medicina católica reforçada pelo interesse na medicina levando em conta as leis da Igreja, o direito canônico, formado por decretos dos concílios da Igreja, de bispos e papas, se tornou uma força dominante na vida da Igreja depois do século XI. Entretanto, a deontologia não supera a dignidade. Os manuscritos monásticos médicos acrescidos de citações amplas dos textos bíblicos descrevem o caráter e o papel do médico em termos quase idênticos aos textos de Hipócrates, como nos escritos *Decoro e Lei*.

Os países islâmicos do Oriente árabe fizeram prosperar cristãos, judeus e iranianos convertidos, entre os quais citamos Rhazés (850-925), Isaac, o hebreu (880-932), Avicena (980-1037), Abulcassis (aproximadamente 936-1013), Avenzoar (aproximadamente 1090-1160), Averróes (1126-1198), Maimônides (1135-1204), estabelecendo instituições médicas responsáveis pela tradução, transmissão e enriquecimento da tradição médica (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Maimônides além de médico foi um grande talmudista e seus escritos sobre a lei judaica abordavam questões éticas de grande importância para a área médica. Em seu *Tratado sobre Asma*, por exemplo, discorre sobre a importância do conhecimento médico. Ele cita os aforismos sobre ética de muitos médicos, incluindo a frase de Hipócrates, “Beneficiar e não prejudicar”. Maimônides lembra seus dias como estudante de medicina quando viu muitos médicos renomados prescreverem de forma errônea. Concluindo suas reflexões, afirma que há uma regra geral e tem visto grandes ações médicas sobre ela: o médico não deve tratar a doença, mas o paciente que está sofrendo com a doença (REISMAN, 1936).

Na Antiguidade e Idade Média, existia o conceito de que o corpo era sagrado. Assim, os cadáveres deveriam ser honrados, dificultando-se as autópsias e,

consequentemente, o conhecimento. Adiciona-se a contrariedade da igreja, como em 1281, ano em que o papa Bonifácio VIII excomungou pessoas que praticaram a dissecação. Contudo, pouco a pouco a medicina de teor científico avançou nos séculos XV e XVI e obteve o reconhecimento dos clérigos. Em 1472, o papa Sisto VI reconheceu a prática médica e artística das dissecações (GRMEK, 1997).

Os trabalhos de um professor em Pádua, Andrea Vesalius (1514-1564), médico na corte de Carlos V e de seu filho, Felipe II, iniciaram uma reforma na anatomia. Uma das obras de Vesalius, *De humani corporis fabrica*, o livro mais importante de anatomia, foi publicado em 1543 e deu início a uma metodologia que consistia em nada afirmar se não fosse visto e descrever com precisão o que fosse observado (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

A ciência médica cresceu vagarosamente, autores como Santorio, Fracastoro, Falópio, Vesalius e Fabrício contribuíram para a compreensão da fisiologia, patologia e anatomia. Embora muitos desses eruditos apenas observassem, a ciência médica se movia gradativamente em direção a experiências importantes baseadas em observação, como o caso de Harvey e Malpigi sobre circulação sanguínea (JONSEN, 2000).

Para Jonsen (2000), não era só a Medicina que seguiu uma nova direção durante a Renascença. Os germes das profissões começavam a brotar e, consequentemente, a ética política da Medicina tornava-se mais evidente. Alguns médicos, analisando o aspecto do imperialismo moral, argumentavam sobre problemas que surgiriam inevitavelmente na relação médico-paciente, como manter o sigilo médico, relacionar-se com outros médicos do mesmo paciente, definir o relacionamento contratual e econômico com os doentes. Durante a Renascença, uma palavra oriunda das leis romanas apareceu nos escritos médicos, *salarium*, termo que se referia ao pagamento dos médicos. O *salarium* era estabelecido de acordo com a qualidade e o sucesso do trabalho e sua frequência era firmada por contrato ou termo de compromisso.

Durante os séculos XVII e XVIII, período clássico, a Medicina, por não estar desvinculada do movimento geral, acompanhou a Revolução Científica global consoante aos princípios de dualidade, tecnicidade, revisabilidade e integridade (GONSETH, 1954 *apud* ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Segundo Allamel-Raffin, Leplège e Martire Junior (2011), havia dualidade em razão da natureza mista das disciplinas supondo uma grandeza teórica e uma grandeza experimental, além disso, os autores ressaltam as características da tecnicidade, devido ao crescimento vertiginoso dos instrumentais, especialmente após o ano de 1590, passando da observação astronômica ao microscópio, barômetro, detector de cargas elétricas dentre outros; da revisabilidade, que se resumia ao reconhecimento da revisão sistemática do saber acumulado, desfazendo-se do dogma e submetendo-se a uma crítica intersubjetiva e da integralidade, que reside no fato de que todas as partes do todo ser dependentes e condicionarem no conhecimento científico.

Até o final do século XVIII, a Medicina era considerada uma profissão, muito embora várias pessoas, de diferentes esferas e com os mais variados dons a praticassem. Alguns profissionais diferenciados na escala socioeconômica reivindicavam a restrição de atuação aos graduados. Em algumas regiões, esses profissionais organizaram-se em faculdades com sócios que escolhiam e garantiam licença para trabalhar. Em outras, o Estado controlava as licenças, mas sob forte influência dos profissionais (JONSEN, 2000).

O século XIX caracterizou-se pela cristalização das informações que estavam fragmentadas desde o século XVII e dos avanços alcançados nas informações do século XVIII, e por sua sistematização, pois o conservadorismo da classe médica ainda se voltava a Galeno, com suas sangrias e purgações. Houve, então, uma reestruturação do ensino e da pesquisa médica. Na França, com o advento da Revolução desapareceram as antiquadas estruturas hospitalares e ocorreu o fechamento de escolas de Medicina, e assim uma grande reorganização aconteceu com foco na clínica, com dois médicos: Antonin Fourcroy, Pierre-Jean Georges Cabanis e o químico, Jean Antoine Chaptal (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Para Bynum (2011), entre 1789 e 1848 Paris tornou-se a Meca da Medicina. O autor descreve a “revolução médica”, em que floresceram valores para uma medicina hospitalar. A consulta passou a um grau de “intimidade” maior com a inspeção, palpação, percussão e auscultação no exame físico do paciente, ações que os médicos desenvolveram nos hospitais-escolas, mas que não foram adotadas

nem universalmente nem de forma repentina.

Os diagnósticos físicos, sem dúvida, auxiliavam os médicos a identificar a lesão, assim como a autópsia autorizava que eles alterassem ou ratificassem a interpretação de diagnósticos anteriores. A observação à beira do leito e a oportunidade de acompanhar a patologia durante toda a vida e relacionar esses registros na morte nessa correlação clínico-patológica eram grandes oportunidades para esses profissionais (BYNUM, 2011).

A incerteza que Medicina causava nos idos de 1820 atraiu muitos médicos, como Laennec, que utilizava estatística. Um método numérico foi inventado por Pierre Charles Alexandre Louis. Decerto as estruturas não eram verdadeiramente novas: Louis somava o método anatomoclínico, determinado por Laennec, com o procedimento de análise dos números que Pinel já havia utilizado. Foi por meio desse método que Louis ajudou na erradicação da utilização do uso da sangria. Paris, nessa época, importava cerca de 40 milhões de sanguessugas; após a publicação do trabalho de Louis a importação caiu a alguns milhares (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Também no século XIX o campo da fisiologia recebeu seu regulamento, como ciência experimental, tanto na França como na Alemanha. Os alemães proclamaram que a fisiologia tinha o intuito de explicar os fenômenos vitais associados às leis físico-químicas. Dessa forma, a fisiologia utilizou-se da teoria das ciências da matéria. As sistematizações de ferramentas das ciências químicas e físicas permitiram que dentro dos laboratórios os fenômenos fossem detectados e medidos. Virshow, que inaugurou a histologia patológica, afirmou que o pesquisador deveria se interessar somente por corpos e suas propriedades, sendo o resto transcendental, e que deveria este “resto” ser interpretado como desordem do espírito humano (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Para a ética, segundo Jonsen (2000), o surgimento de um ofício paralelamente a um conhecer ético estimulou um novo estilo de manifestação de ética médica na forma de um código. Durante o século XVIII, na Europa, as decisões sobre o Direito foram baseadas nos códigos romanos, que eram sucintos e bem estruturados, e nos estudiosos, que tentavam adequar instrumentos jurídicos desarranjados de uma história complexa e longa a correspondentes modernos;

também contribuíram a reforma Napoleônica das leis francesas e os códigos de honra que apareceram no período pós-revolucionário francês. Entretanto, o primeiro código médico *surgiu* em 1803 *Ética Médica* ou *Code of Institutes and Precepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (Código de Regulamentação e Preceitos Adaptado à Conduta Profissional de Médicos e Cirurgiões), de Thomas Percival.

Na França, François Magendie, foi considerado pai da Medicina experimental, pois raciocinava com o ajuda de instrumentos técnicos da físico-química pensando nos fenômenos do ser vivo. Seu discípulo ilustre foi Claude Bernard, que dizia não ser importante a utilização dos conceitos experimentais, mas constituir experimentalmente conceitos biológicos. O pensamento pós-revolução francesa era de que a preocupação com o Estado seria também a preocupação com a saúde da sociedade.

Dessa maneira, houve um progresso na questão epidemiológica quando William Farr apresentou em termos matemáticos a mecânica de uma epidemia, que foi um incentivo às pesquisas em saúde pública e higiene social, as quais tiveram destaque com as epidemias de cólera que devastaram a Europa e com o nascimento da microbiologia, quando se destacaram dois grandes cientistas, Louis Pasteur, sempre lembrado pela produção de vacinas, e Robert Kock, lembrado pela descoberta do bacilo da tuberculose e do vibrião colérico (ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011).

Na América do século XIX, muitas faculdades de medicina desejavam trazer a erudição das faculdades europeias porque acreditavam que a permanência social da profissão dependia não só da cultura, mas também do comportamento ético. Jonsen (2000) comenta que em 1809 a Associação Médica de Boston publicou a *Boston Medical Police*, baseada nos escritos de Rush, Gregory e Percival.

Para Grmek (1999 *apud* ALLAMEL-RAFFIN; LEPLÈGE; MARTIRE JUNIOR, 2011), quatro eixos podem ser analisados numa visão da Medicina no século XX: o surgimento e o desenvolvimento da patologia e biologia moleculares; a relevância no progresso dos fatos no domínio da terapêutica e da tecnologia igualmente; as pesquisas tendo como característica a interdisciplinaridade e metodologias desenvolvidas em epidemiologia e farmacologia clínica levando à denominada

Medicina baseada em evidências.

Na contextualização ética, Jonsen (2000) relata que, no século XX, a coletânea dos fatos históricos das ocorrências éticas abriu-se com do julgamento médico de Nuremberg, cujos réus praticaram um ofensa moral contra a longa tradição da medicina que deveria proteger o doente e terminou com uma perplexidade moral de como proteger o doente em meio de um mal que ameaça a sociedade.

Tecnologias novas, dos antibióticos a órgãos transplantados e artificiais, as descobertas genéticas, manipulações na reprodução humana e, ao lado, as pesquisas que as geraram, apresentaram-se presentemente com questões que nunca haviam sido feitas à sociedade, aos cientistas, aos médicos e aos políticos; respostas foram necessárias para as decisões políticas e para as escolhas das pessoas. Segundo Jonsen (2000), esses eventos ocorreram em um ambiente cultural e social que permitiram essas perguntas.

Complexa e longa é a história da ética na medicina. Embora os temas sobre deontologia, decoro e ética sejam culturalmente variados, mostram semelhanças na perspectiva de Jonsen (2000), tanto quanto uma relação humana se origina num "velho país" e depois se estabelece em várias outras terras novas. A ética médica tradicional preservou esses temas ao longo dos séculos e só recentemente um novo tema surgiu, merecedor de um novo nome, bioética.

### 3 CONSTRUÇÃO DE UMA ÉTICA MÉDICA DO BRASIL

De acordo com Martire Junior (2011), para a compreensão da história da medicina do Brasil são necessárias três observações relevantes: a primeira considera a época que os portugueses descobriram o Brasil, para conceituar os padrões médicos vigentes naquele século XVI; a segunda, a arte da cura pela população indígena nativa, sua cultura e sua tradição; e a terceira, os objetivos e as maneiras como os portugueses atingiram esse intuito desbravador na colonização.

A medicina trazida da Europa pelos profissionais que aqui chegaram nesse período do descobrimento do Brasil ainda continha clássicos traços medievais. Esses profissionais eram classificados como aqueles que tinham frequentado a universidade, os médicos ou físicos e os cirurgiões, que com menor formação faziam a cirurgia.

De fato, a medicina autóctone, indígena, estava ligada a aspectos místicos como o dos povos primitivos, entretanto, era notória sua condição de integridade física. O Padre Manoel da Nóbrega relatou que, desde sua chegada, nunca ouvira dizer da morte de alguém por febre, mas por velhice. Mais tarde, no século XIX, Von Martius calculou que a idade dos índios do sexo masculino antes da descoberta do Brasil era, em média, 70 anos e para as mulheres, 80 anos (SALLES, 1971).

Analisando a medicina indígena com suas recomendações, suas ervas curativas e a importância da confiança que o curador tinha de seu doente, podemos considerar que se alcançava algum êxito na cura. Contudo, quando essa população tomou contato com o povo colonizador europeu, muitas novas doenças foram assimiladas, mas com uma terrível constatação: a população autóctone não possuía defesa, fato que levou a um grande desastre (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Segundo Santos (1977), o processo de colonização compreendia dominar também culturalmente a população local. Para tanto, chegaram ao Brasil os jesuítas, membros da Companhia de Jesus, na expedição de Tomé de Souza, para tirar os indígenas de sua condição pagã. Os jesuítas, ao procederem à catequização, tanto dos índios quanto dos colonos, criaram escolas e posteriormente um sistema de comércio que envolvia fazendas de cultura e criação, engenhos de açúcar, salinas, olarias, carpintarias, alfaiatarias, sapatarias e outros. É indiscutível a contribuição

dos jesuítas à colonização e à medicina brasileira nessa época, mas é preciso salientar a opressão sofrida pela cultura indígena (SANTOS, 1977).

As informações dessa época não são muitas. As mais antigas são manuscritos compostos por 72 cartas, das quais 10 denominadas *Cartas dos Padres Jesuítas sobre o Brasil*, de autoria do padre José de Anchieta, considerado o primeiro cronista de assuntos médicos no Brasil (SALLES, 1971).

Podemos considerar que os primeiros profissionais de medicina no Brasil foram os pajés e os jesuítas que adicionaram a seus conhecimentos à cultura indígena. O primeiro médico que veio e foi embora com a frota de Cabral era físico e cirurgião e chamava-se Mestre João Faras. Passados muitos anos, Portugal nomeou Jorge Valadares para realizar as funções de médico no Brasil (SALLES, 1971).

Nos séculos XVI e XVII, os profissionais atuantes eram cirurgiões-barbeiros, porque os físicos das metrópoles não queriam se mudar para terras inabitáveis. Os barbeiros podiam exercer a atividade de cirurgião desde que tivessem autorização dada pelo cirurgião-mor da Coroa além praticar seu ofício. Entretanto, a maioria não possuía esse documento, o que ocasionava multas e prisões, ainda assim, foram importantes, pois faltavam profissionais qualificados para atender a população, num país de grande tamanho e com populações espalhadas. As barbearias dispunham de instrumentos cirúrgicos e odontológicos, sanguessugas para sangrias, além de apetrechos para a profissão de barbeiro (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Ainda nos descreve Martire Junior (2011) que além dos barbeiros, os boticários (comerciantes de remédios) praticavam a medicina. Seus estabelecimentos vendiam remédios e também bebidas alcoólicas. Os boticários foram importantes principalmente quando não havia por perto físicos, cirurgiões ou os cirurgiões-barbeiros, daí nasceu a cultura de solicitar ao farmacêutico a indicação de remédios para determinada patologia. Destaca-se também a figura do curador, pessoa que se distinguia de alguma forma (fazendeiros, capitães de navios, viajantes e outros) e que, na falta de profissionais, tratava a população carente, seus familiares, escravos e empregados. Finalmente, no século XVIII, apareceram os cirurgiões diplomados e os físicos, que se tornaram mais frequentes, principalmente após a fundação das faculdades de Medicina.

A fundação de hospitais é obra antiga, data dos romanos e eram hospitais militares, que se estabeleciam mais como fatores utilitários que humanitários, tendo como foco a observação de que o moral dos militares melhorava quando podiam contar com esse serviço. Foi o Cristianismo que mudou o sentido desses pensamentos (SALLES, 1971).

No Brasil, a assistência hospitalar iniciou-se no povoado que viria a se tornar a cidade de Santos no ano de 1543, com Brás Cubas, que fundou a Santa Casa de Misericórdia. Brás Cubas pertencia à Irmandade de Misericórdia em Portugal, que estabelecia sete propostas de ordem espiritual e sete propostas de ordem material, com escopo humanitário, dentre as quais a ajuda aos doentes. As Santas Casas de Misericórdia proliferaram pelo Brasil, sendo um ponto de destaque na assistência médica brasileira comparativamente a outras do mundo, pois ainda hoje praticam a medicina de maneira caritativa e gratuita (MARTIRE JUNIOR, 2004).

Iniciando em 1549, as enfermarias dos jesuítas dispersaram-se com sua assistência precária pelo Brasil e a partir de 1759, com a expulsão dos jesuítas pelo Marques de Pombal, a maioria transformou-se em hospitais militares, passando a integrar a assistência hospitalar do país. Novas instituições hospitalares começaram a surgir a partir do século XIX, como o hospital para doentes mentais, o hospício Pedro II, inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro. Em decorrência da política contra a escravidão e do incentivo a imigração, colônias imigrantes fundaram sociedades beneficentes e hospitais (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Segundo Salles (1971), em virtude do horror e da repugnância causados pela lepra, apareceram os lazaretos, locais essenciais para isolamento dos pacientes acometidos pela doença de Hansen, visto que, em alguns países, os doentes eram obrigados a portar um instrumento a semelhança de uma castanhola para anunciar sua presença. No Brasil, esses tipos de estabelecimentos teriam iniciado na Bahia, em 1640, com a fundação pela caridade pública do lendário “Campo dos Lázaros”.

Diferentemente de outros colonizadores europeus, os portugueses não criaram escolas universitárias em suas colônias, comenta Martire Junior (2011). Assim, muitos brasileiros querendo exercer a profissão de médico até o início do século XIX deveriam estudar em países europeus, como Portugal, Espanha e França. No entanto, um importante acontecimento mudou a história da colônia e da

medicina brasileira: a proximidade de Portugal com a Inglaterra e a política de Napoleão Bonaparte que resolveu invadir o país luso, fez a família real portuguesa se transferir para o Brasil.

Com a presença de Dom João VI no Brasil decorreram vários benefícios, como a Imprensa Régia, a abertura dos portos ao comércio internacional e a criação oficial do ensino da Medicina em 1808. E como se demonstra em documentos oficiais da época foi por sugestão do brasileiro Dr. José Corrêa Picanço que o príncipe regente mandou fundar a Escola de Cirurgia na Bahia. Com a mudança para o Rio de Janeiro, Dom João VI, apesar das muitas atribuições, criou, em novembro do mesmo ano, a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (SALLES, 1971).

No ano de 1813, um projeto de um deputado baiano foi encaminhado a Dom João VI, com o propósito de elevar as Escolas de Cirurgia em Academias de Medicina e Cirurgia, conferindo, assim, a condição de Academia à Escola do Rio de Janeiro, em 1813, e à da Bahia, em 1815. Para o exercício da profissão, até 1826 os formados no Rio de Janeiro e na Bahia necessitavam da oficialização pelo cirurgião-mor da Corte. Nesse mesmo ano, Dom Pedro I conferiu poder às Academias de Medicina e Cirurgia para oficializar os diplomados no Brasil. Prosseguindo, Martire Junior (2008) comenta que em 1832 a Regência Trina, transformou as Academias em Faculdades, assim, as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia teriam um curso de duração de seis anos e, ao final, com a apresentação de uma tese receberiam os alunos o título de doutor em Medicina.

Durante o reinado de Dom Pedro II, três reformas significativas ocorreram: a primeira, de Visconde de Bom Retiro em 1854, por meio da qual as disciplinas passaram de 14 a 18, houve a determinação da obrigação das instalações de anfiteatros e laboratórios e de que a direção fosse formada por um diretor e por uma congregação de professores titulares; a segunda, de Leôncio de Carvalho, passou as disciplinas para 26, houve a autorização da frequência livre, do ingresso das mulheres na faculdade e a abolição do juramento religioso; e a terceira, de Visconde de Saboia, que manteve o número de disciplinas, criou uma revista bimestral para publicação de trabalhos científicos e exigiu mais dos aspirantes ao curso de Medicina (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Segundo Salles (1971), a seguir foram criadas as Faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul (1899), de Minas Gerais (1911), do Paraná (1912), de São Paulo (1912), que poderia ter sido a terceira, mas quando Américo Brasiliense sancionou a lei em 1891, criando a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia, abriu-se uma crise na república com a queda de Deodoro, sendo Américo Brasiliense deposto. Assim, o sonho da Academia adormeceu por 20 anos, quando Rodrigues Alves retomou o assunto.

No campo da pesquisa científica, podemos verificar que sua fase inicial aconteceu na Bahia, com a Escola Tropicalista Baiana (1850), cujo núcleo inicial não estava agregado à Faculdade de Medicina da Bahia, entretanto, posteriormente, docentes da faculdade incorporaram-se ao núcleo. Criou-se, então, em 1866, a *Gazeta Médica da Bahia*, que publicava pesquisas (SANTOS, 1947).

Observando a história da Medicina nos países, constatamos uma sequência cronológica. Iniciamos pelos conceitos místicos e sobrenaturais, passamos para o método da observação e interpretação e alcançamos o patamar da pesquisa e experimentação. Essa sistematização ocorreu no ocaso do século XIX, com expoentes cientistas como Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Vital Brasil, dentre outros ilustres (SALLES, 1971).

De acordo com Santos (1977), as sociedades médicas começam a se organizar em meados do século XVIII. O germe, a Academia Científica Brasileira fundada em 1771, sob a égide do Marquês do Lavradio, foi extinta em 1779.

Considerada a mais antiga sociedade médica brasileira, criada em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi denominada, no período de Regência, de Academia Imperial de Medicina, e após a República, Academia Nacional de Medicina. A partir do século XX, muitas sociedades médicas foram formadas e a partir de 1951 foi criada a Associação Médica Brasileira, à qual todas as sociedades de especialidades são afiliadas. A ela cabe o deferimento do título de especialista, que é registrado pelos Conselhos Regionais de Medicina (MARTIRE JUNIOR, 2011).

As normativas de regulamentação da Medicina, segundo Martire Junior (2011), no período do Brasil colônia, estavam sob a incumbência do físico-mor e do

cirurgião-mor, que fiscalizavam e registravam os profissionais. Elas foram abolidas por Dona Maria I, em 1782, e recompostas por Dom João já no Brasil. Sob o reinado de Dom Pedro I, sofreram mudanças. Em 1831, os cargos foram abolidos e as funções foram delegadas às Câmaras Municipais. Com Dom Pedro II, em 1850, foi criada a Junta Central de Higiene que em 1881 foi substituída pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene Públicas, além do que foram criadas as inspetorias regionais.

No período republicano, surgiu o Departamento Nacional de Saúde que por meio de sua Secção de Fiscalização do Exercício Profissional regulamentava a Medicina e os demais profissionais da área da saúde. Em 1890, mediante decreto federal, estabeleceu-se que os estados deveriam seguir a legislação federal, até a organização de seus próprios serviços sanitários. Dessa forma, os Serviços Sanitários Estaduais passaram a ser responsáveis pelo registro dos médicos em livros próprios, tomando como base os diplomas oferecidos pelas faculdades brasileiras e estrangeiras, com a ressalva de que as faculdades estrangeiras fossem reconhecidas oficialmente e os profissionais fossem habilitados em faculdades brasileiras (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Esse sistema foi alterado no ano de 1951, quando uma legislação federal instituiu o Conselho Federal de Medicina, atribuindo-lhe o registro dos profissionais da Medicina e a fiscalização e normatização da prática dos médicos. Como desdobramento, em 1957, foram criados os Conselhos Regionais de Medicina, subordinados ao Conselho Federal (MARTIRE JUNIOR, 2011).

Atualmente, os conselhos de medicina exercem papel de caráter político muito relevante dentro da sociedade, pois além da atuação pertinente aos interesses da classe, atuam na defesa dos interesses da população.

#### 4 ÉTICA MÉDICA, CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E BIOÉTICA

Para Segre e Cohen (2008), a eticidade está na maneira de perceber os conceitos da vida psíquica (emoção e razão) e na qualidade de nosso posicionamento coerente que podemos adquirir diante desses conflitos. Consideram que ética é fundamental nos pré-requisitos da percepção dos conflitos (consciência), da autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo essa escolha ativa e autônoma) e da coerência.

Destarte, continuam afirmando que Kant estabeleceu como pressuposto de sua “moral” a condição de livre escolha, dando como embasamento dessa escolha a razão. Sendo a razão um pressuposto que pode ser avaliado “de fora”, o que é racional para uns pode não o ser para outros. Assim, consideram os expositores que sua conceituação é mais abrangente e dinâmica que a kantiana que se atém somente à racionalidade.

Tal definição difere daquela apresentada por Barton e Barton (1984 *apud* SEGRE; COHEN, 2008, p. 21) que entendem a ética como um conjunto de normas que rege o comportamento de um grupo particular de pessoas como, por exemplo, advogados, médicos, psicólogos, psicanalistas e outros, não diferindo o conceito de ética e moral, caracterizando ética como norma de uma determinada associação de pessoas e moral como uma condição mais geral, que representaria a cultura de um país, religião ou época.

Küng (2003) sugere também que poderá prosperar no futuro uma ética de responsabilidade como proposto pelo sociólogo Max Weber, que conceitua que essa terá também em seu bojo uma ética de mentalidade, orientada por uma ideia de valores mais ou menos isolados (justiça, amor e verdade), sem se perguntar pelas decisões ou ações, sem se preocupar com situações concretas e suas exigências e implicações, buscando somente a motivação interna da pessoa.

A eticidade é inicialmente uma condição individual, que interage com a realidade social e se ajusta a ela, evidenciando que a ética profissional válida para pessoas que exercem uma mesma profissão é tão somente resultado de uma integração de vários fatores. A grande diferença entre ética e moral é que enquanto para que a moral funcione, ela tenha de ser imposta, para a ética é necessário que

seja atuante, deve ser aprendida pelo indivíduo, deve vir de seu interior (SEGRE; COHEN, 2008).

Como assinalam Beauchamp e Childress (2002, p. 18), o termo ética é

[...] genérico para várias formas de se entender e analisar a vida moral. Algumas abordagens da ética são normativas (isto é, apresentam padrões de ações boas ou más), outras são descritivas (relatando aquilo em que as pessoas acreditam e como elas agem) e outras, ainda, analisam os conceitos e os métodos da ética.

Refletindo sobre problemática da eticidade, que é deveras complexa, acreditamos que o princípio fundamental da ética deva passar pelo respeito ao ser humano, como sujeito atuante autônomo. Razão pela qual os códigos de ética das diferentes categorias de profissionais de saúde – médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos e outros – fincam-se sem exceção nas mesmas bases conceituais como respeito à privacidade, à livre escolha do profissional por parte do paciente e do consentimento informado (SEGRE; COHEN, 2008).

Para Beauchamp e Childress (2002), reflexões sobre problemas de ética biomédica relacionados às profissões da saúde foram influenciadas pelos códigos formais de ética da medicina e da enfermagem, pelos códigos de pesquisa ética e pelos relatórios de comissões patrocinadas pelos governos em geral.

Esses códigos profissionais, nominados por Beauchamp e Childress (2002) de particulares, são defendidos por vezes apelando-se às normas gerais, como a norma de não prejudicar outros e a de respeitar a autonomia e a privacidade, mesmo que essas normas não sejam explicitamente consideradas no delineamento dos códigos.

Segundo Silva, Segre e Selli (2007), fundamentada em aspectos metafísicos, teológicos e antropológicos, a construção da ética presente tradicional certificava a universalidade como arrimo dos valores pelos quais se media a conduta eticamente. Após o descrédito histórico desses universais, a ética perdeu sua “substancialidade”, portanto, havia falta de uma consistência criteriosa para contraditar a violência da realidade. Dessa maneira, apresentou-se um “vazio” na reparação da vida ética que teria de ser construída na inexistência de fundamentos.

Assim, a construção de éticas aplicadas foi critério de escolha para sustentação da relação com setores da vida, profissional e social, colocando restrições diferentes para finalidades e procedimentos na validação das regras e condutas e não mais no aspecto universal. Surge, então, a deontologia como opção natural, em razão da imposição de obrigação entre condutas e regras acontecendo de modo objetivo. Essa relação está conforme duas diretrizes da modernidade: primeira diretriz, o positivismo objetivista como elemento adaptador da postura científica, pois se tratando do regramento da pesquisa e dos procedimentos biomédicos, os dois resguardados pela objetividade oriunda do traço positivo da ciência e da tecnologia, é natural que as normas sejam analogamente objetivas; segunda, o crescimento da especialização com propensão a setorizar as pesquisas científicas e os seus procedimentos respectivos, que também nos remete ao estabelecimento de normas dotadas de especificidades traduzidas na especialização das pesquisas e procedimentos. Devido à propensão desses arranjos vislumbramos a manifestação da profissionalização da ética e a multiplicação dos códigos de ética (SILVA; SEGRE; SELLI, 2007).

Para Clotet (1993), atualmente os profissionais de Medicina não pautam suas ações somente por normas ou regras estabelecidas pelos códigos de ética médica, por exemplo, em uma análise de reflexão sobre um desentendimento de foro moral, pode haver uma visão distorcida se a realizarmos somente pelo código deontológico, daí necessitarmos de noções como autonomia e dignidade provenientes da ética.

Fatores de grande importância na prática clínica, segundo Clotet (1993), geraram problemas que seriam insolúveis se baseados somente nos códigos de ética, fazendo da bioética uma necessidade nessas discussões. Dentre esses fatores, podemos citar: as mudanças nos processos médicos com os avanços das ciências biológicas e da biomedicina; a socialização do atendimento e as discussões sobre os direitos e deveres das pessoas, dos profissionais e do governo; maior aproximação da sociedade com a medicina por meio dos médicos; conhecimentos dos direitos pelos pacientes; estabelecimento de princípios comuns de um modelo moral para resolução de problemas em virtude do progresso biomédico e técnico-científico; interesse de vários setores da sociedade civil em assuntos da medicina, como reprodução, vida e morte do ser humano e a formação de comitês de bioética e de ética em pesquisa que contribuem para impor um limite.

A bioética, diferente da ética tradicional, nasceu nos Estados Unidos da América como parte de um movimento social que tentava conciliar o desenvolvimento das ciências com valores éticos e humanitários. É fruto de uma sociedade secular e democrata. Sua abordagem é multidisciplinar e interdisciplinar, permeada pelas ciências biológicas, sociais e humanas. Conforme conceituação de Warren Thomas Reich, na *Enciclopédia Norte-Americana de Bioética*, em 1995, a bioética consiste no “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e dos cuidados da saúde, empregando uma variedade de metodologias éticas em um ambiente interdisciplinar” (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Segundo Anjos (1997), a bioética é uma reflexão que imparcial e racionalmente analisa e investiga escolhas morais, criticando, validando ou legitimando o comportamento moral na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, que impactam potencialmente nos seres humanos, no meio ambiente e nos demais seres vivos.

A bioética é um campo de ação e de interação de profissionais e estudiosos vindos de diferentes áreas do saber humano porque essa discussão interessa a todos, além de ser necessário o repertório de conhecimento desses profissionais. Dessa forma, não serão mais colegiados de qualquer grupamento corporativo, como médicos e juízes, que decidirão sobre matérias que dizem respeito aos mais íntimos aspectos da vida de cada ser humano. Seremos nós, todos os seres humanos, atuando como sujeitos de nosso destino, que vamos nos declarar como adequados ou inadequados, construtivos ou destrutivos para o convívio em sociedade. Do exposto, se propõe que o posicionamento de cada pessoa quanto às mais diversas questões éticas seja tão individual, tão independente quanto possível (SEGRE; COHEN, 2008).

Uma disciplina como a bioética, que procura integrar a cultura técnico-científica das ciências com a cultura humanística não tem enfoque normativo, como no caso dos códigos de moral, mas uma visão de pesquisa possibilitando ser avaliada em estudos multidisciplinares sob os aspectos normativos da moral padronizada. A base fundamentalista da bioética articula-se em três princípios: o princípio da autonomia, o princípio da beneficência e o princípio da justiça, utilizando

um discurso pluralista que pode suscitar discussões de proposições advindas da autonomia e vicissitudes que se relacionam com sua contrapartida, ou seja, a adoção de uma atitude paternalista (COHEN; MARCOLINO, 2008).

## 5 REFLEXÃO BIOÉTICA SOBRE A CODIFICAÇÃO

Dois fatos de suma importância estão ligados ao paradigma da bioética principialista: o Relatório Belmont e a obra *Principles of Biomedical Ethics* (1970), de Beauchamp e Childress. Promulgado em 1978, o Relatório Belmont tornou-se a declaração principialista clássica para a ética ligada à pesquisa com seres humanos e o motivo de reflexão bioética geral, conforme lembram Pessini e Barchifontaine (2008).

Os três princípios destacados pela Comissão de Belmont como balizadores da ética principialista foram: o respeito às pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. O princípio de não maleficência foi incorporado após a publicação do livro de Beauchamp e Childress citado anteriormente.

O princípio do respeito às pessoas engloba pelo menos duas concepções éticas: as pessoas deveriam ser tratadas de forma a respeitar-lhes sua autonomia e as pessoas cuja autonomia estivesse diminuída deveriam ser protegidas. O entendimento sobre autonomia constante no Relatório de Belmont era em um sentido concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. Essa definição da comissão não adotou o modelo kantiano, mas um outro mais empírico, segundo o qual uma ação se torna empírica quando passa pelo trâmite do consentimento informado. Na prática, derivam daí procedimentos como a exigência do consentimento informado e a tomada de decisões de substituição quando da incompetência ou incapacidade de uma pessoa para realizar de uma ação da que se trata, em razão de não ter autonomia suficiente.

O princípio da beneficência no conceito da comissão do Relatório de Belmont impõe radicalmente a ideia de obrigação e afasta o entendimento de caridade. Nesse viés, são adotadas duas expressões complementares dos atos de beneficência: não causar dano e maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. Posteriormente, Beauchamp e Childress (1978) apresentaram a distinção entre beneficência e não-maleficência.

O terceiro princípio diz respeito à justiça, que no entendimento dos membros da comissão traduz a imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios. Outro

entendimento sobre a conceituação de justiça é dizer que os iguais devem ser tratados igualmente, a dificuldade está em conhecer quem são os iguais.

Prosseguindo, Pessini e Barchifontaine (2008) lembram que o Relatório Belmont se aplicava às questões éticas na pesquisa com seres humanos e excluía essa preocupação da prática clínica assistencial.

Então, um ano após a publicação do Relatório Belmont, Beauchamp e Childress publicaram, em 1979, *Principles of Biomedical Ethics*, que modificaria o antigo enfoque de análise ética por meio de códigos e juramentos, e se tornaria a principal fundamentação teórica da ética biomédica. Vale ressaltar que Tom Beauchamp fez parte da comissão que redigiu o Relatório de Belmont beneficiando-se de todo processo. Com James Childress, retrabalhou os três princípios, o que resultou em quatro, pois distinguiram a beneficência da não-maleficência.

As normas e os princípios estão no mesmo nível e devem ser obrigatórios *prima facie*, na opinião de Beauchamp e Childress. Somente as circunstâncias e consequências podem ordená-los em caso de conflito, sendo aceitos por renomados bioeticistas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008).

A ideia que o princípio de beneficência expressa a principal obrigação na assistência à saúde é antiga. Historicamente, as obrigações e as virtudes do profissional eram sinais de comprometimento para com a assistência à saúde e de compromisso com a beneficência. Talvez a famosa evidência desse princípio esteja inserida na obra *Epidemics*, de Hipócrates: “Em caso de enfermidade, faça de duas coisas um hábito: ajudar ou, ao menos, não causar dano.” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O termo grego para o vocábulo “ajudar” é *ophelein*, que significa atuar em favor de, em benefício de. Esse termo que atualmente conhecemos como o princípio de beneficência talvez seja o conceito fundamental de toda ética hipocrática. O beneficente é correto e o prejudicial, incorreto. Segundo o texto do *Juramento*, o a regulação da *diáita* será feita pelo médico em benefício do paciente “segundo sua capacidade e reto entender”, naturalmente do médico, e não do paciente. Dessa forma, o médico pode, deve e diz o que é benéfico, e não o paciente – o que hoje denominamos como paternalismo (GRACIA, 2010).

O termo paternalismo é proveniente da palavra latina *pater* (pai) e refere-se à imagem da família patriarcal, na qual o pai exerce o poder de fazer todas as escolhas, especialmente quando se trata dos filhos. O paternalismo médico pode ser explicado como a ação que tem por propósito beneficiar o paciente sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não causar sofrimento psicológico ao paciente. O paternalismo pode, ainda, envolver a força ou a coerção. Durante a história da ética médica, os princípios de não-maleficência e de beneficência sustentaram as bases paternalistas da relação do médico com o paciente. A questão moral do paternalismo médico começou a ser debatido a partir da crescente valorização do princípio de respeito à autonomia e, ainda hoje, constitui uma questão em aberto na ética aplicada (ALMEIDA, 1999).

Segundo Cohen e Marcolino (2008), a aplicação do paternalismo justifica-se nos princípios bioéticos de beneficência e de não-maleficência, que em um sentido amplo significam requerer que se favoreça a execução, por outras pessoas, dos seus interesses importantes e legítimos, e que não causem danos ao outro. A questão é o que vem a ser beneficência e para quem se está sendo beneficente, pois o paternalismo é um comportamento impositivo na prática médica, sendo de difícil avaliação, de quando e quanto ele se justifica, sendo o centro de muitos problemas éticos.

Os médicos conseguiram, tradicionalmente, na maioria dos casos, se apoiarem quase totalmente em seus julgamentos sobre a necessidade de seus pacientes relacionada com tratamentos, consultas e informações. Contudo, nesses últimos trinta anos a medicina confrontou-se com a reivindicação cada vez maior dos direitos dos pacientes em fazer um julgamento independente de sua saúde. Quanto maiores as reivindicações aos direitos de autonomia, maior a preocupação com o problema do paternalismo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Diferentes formas de paternalismo são descritas por diferentes autores, Beier (2010) descreve o conceito de paternalismo de acordo com Joel Feinberg, que descreve o paternalismo dividindo-se em fraco, quando se restringe a autonomia em favor da beneficência, em indivíduos com restrição de capacidade temporária ou definitiva e paternalismo forte, exercido sobre indivíduos plenamente capazes.

Outras duas definições são citadas por Cohen e Marcolino (2008): a primeira em 1971, por Dworkin (1971 apud COHEN; MARCOLINO, 2008), que define paternalismo como uma indelicada interferência na liberdade pessoal de agir, justificada por razões apoiadas exclusivamente em bem-estar, bondade, felicidade, necessidades, interesses ou valores da pessoa a ser coagida; a outra por Culver e Gert (1982 apud COHEN; MARCOLINO, 2008), que definem que um indivíduo age com paternalismo em relação a um sujeito somente quando acredita que sua ação beneficia o sujeito, que sua ação envolve a violação de uma regra moral do sujeito, que sua ação não tem o consentimento desse sujeito, nem no passado, nem no presente, nem aparecerá imediatamente, ou quando o sujeito em questão é competente para dar o consentimento.

É complicado o debate entre os defensores do modelo da autonomia e os defensores do modelo da beneficência, pois são paradigmas contrastantes, além disso, há uma confusão entre o princípio da beneficência que rivaliza com o princípio do respeito à autonomia e o princípio de beneficência que incorpora a autonomia do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A tradução do ato médico com o paciente no paternalismo beneficente do *Juramento* é de igual valor ao que o pai impõe a seu filho pequeno, buscando o que é bom para ele, mas sem lhe pedir opinião. Quando Luís XVI declarou “Tudo para o povo, mas sem o povo”, cunhava o paternalismo político e caberia algo similar na medicina: “Tudo para o paciente, mas sem o paciente” (GRACIA, 2010).

Segundo Cohen e Marcolino (2008), analisada a definição de Culver e Gert, existem duas formas de uma pessoa proceder para beneficiar outra. A primeira é procurar um bem para a outra (produzir prazer, liberdade, oportunidade), a segunda pode ser buscar prevenir ou minorar um mal que a outra pessoa possa sofrer (dor, incapacidade).

Na análise da segunda proposição, está envolvida uma expansão daquilo que é dito sobre o paternalismo, que engloba a privação de liberdade das pessoas. As violações morais mais comuns parecem ser a privação da liberdade, o faltar com a palavra e a promoção da dor e do sofrimento. A concepção sobre paternalismo não envolve sempre a violação de regras morais, impedindo a liberdade ou oportunidades, mas envolve a prevenção da violação dessas regras morais, diante

de assassinatos, dor, incapacidade, privação de prazer, decepção ou quebra de compromisso, por exemplo. Platão advogava uma ação paternalista em benefício da sociedade, não entregando uma arma a alguém supostamente louco, mesmo com sua promessa de não fazer nada.

A violação de uma regra moral seria algo moralmente errado, naturalmente algo imoral. Então, matar, promover a dor física ou psíquica, incapacitar ou privar a liberdade tem a mesma violação moral que a mentira, irresponsabilidade ou fraude. Todas são proibitivas, a menos que uma razão moral seja questionada.

A terceira proposição esclarece que o indivíduo acredita que, para a violação de uma regra moral em benefício de um sujeito, determina que não tenha havido nem no passado nem no presente o consentimento do sujeito.

Na quarta proposição, afirma que todo ato paternalista requer justificativa, porque envolve a violação de uma regra moral ao intervir em uma pessoa sem o seu consentimento.

Para Beauchamp e Childress (2002), o paternalismo, portanto, é uma ação que contraria ações e preferências de outra pessoa, a justificativa desta ação benéfica, apesar da pessoa ter sua vontade contrariada, é dela não sofrer danos. É uma conceituação neutra, logo, não se presume ser o paternalismo justificado ou injustificado. Embora a definição assuma analogia da beneficência com a beneficência parental, ela não determina se essa beneficência é justificada, inoportuna, obrigatória etc.

Para Beauchamp e Childress (2002), a consideração pelas opções autônomas das outras pessoas está inserida profundamente, tanto quanto qualquer outro princípio, na moralidade, mas quase não existe acordo sobre a natureza, sua força ou sobre aquilo de que tratam os direitos da autonomia.

Autonomia é um termo de origem grega, *autos* significa próprio, eu, e *nomos* significa regra, domínio, governo, lei; é considerado tanto um princípio filosófico quanto uma ação humana (COHEN; MARCOLINO, 2008).

O princípio do respeito à pessoa aparece em uma das versões preparatórias do Relatório de Belmont, elaborado para a 19ª reunião da comissão, na qual

surpreendentemente o princípio de respeito às pessoas foi tratado como princípio da autonomia (RIBEIRO, 2010).

Segundo Muñoz e Fortes (1998), a pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento, é livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas. Para que haja liberdade de decidir, de optar, isto é, uma ação autônoma, é necessário existir alternativas de ação ou que seja possível a criação dessas, porque, obviamente, se existir somente um caminho e uma forma de ser realizada, não existirá o exercício da autonomia. Além da liberdade de opção, pressupõe-se a liberdade de ação, que requer que o sujeito tenha liberdade de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas.

Por conseguinte, uma pessoa tem sua autonomia reduzida quando é incapaz de tomar decisões ou agir baseado em seus próprios desejos ou planos, ou quando é controlada por outros; pessoas institucionalizadas, como presos e deficientes mentais, têm sua autonomia reduzida (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Na filosofia, o termo foi introduzido por Kant, que idealizou que a vontade de um indivíduo é autônoma quando for regulada pela razão, opondo autonomia com heteronomia. A liberdade virtual do indivíduo apareceria à medida que a vontade se tornasse independente da influencia de seu desejo. Em decorrência dessa autonomia, “todo ser racional deve considerar-se como fundador de uma legislação universal” (COHEN; MARCOLINO, 2008).

Autonomia pode ser definida como a capacidade de tomar decisões segundo valores próprios de cada sujeito, livre de quaisquer constrangimentos externos. Kant preconizava que é a capacidade da vontade humana de autodeterminar-se segundo uma legislação moral, por ela mesma estabelecida, livre de qualquer fator estranho à sua vontade. Foucault entendia que os doentes tendem a perder o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem, perdendo, assim, sua autonomia. Considerando os dois raciocínios, autonomia é aqui entendida no sentido de assumir a decisão sobre si, de corpo e alma, no respeito à convicção de cada um. Em contrapartida, o paternalismo médico, sempre foi marcado pelo fundamentalismo de que o doente seria incapaz de tomar decisões autônomas. Tal concepção orientou a prática da medicina desde a mais remota antiguidade (NEVES; SIQUEIRA, 2010).

A grande maioria das teorias sobre autonomia considera duas condições essenciais: a liberdade (independência de influências controladoras) e a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente). Contudo, há divergências sobre o significado dessas duas condições e se é necessária alguma outra condição (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Alguns autores discorrem sobre a teoria ética contemporânea, afirmando que autonomia é um ponto a ser discutido de como ter a capacidade de controlar com maturidade, de identificar desejos ou preferências básicas de uma pessoa por meio de desejos e preferências de nível superior. Segundo esse ponto de vista de Beauchamp e Childress (2002), um sujeito autônomo é aquele capaz de se identificar ou repudiar um desejo ou uma preferência inferior independente de qualquer manipulação de seus desejos de modo racional. Essa admissão da capacidade de permutar as preferências constitui a autonomia.

A estrutura da decisão médica baseada no princípio de respeito à autonomia deve ser considerada ideal, pois não são frequentes as situações em que o doente está completamente livre de influências externas. O foco central, em nosso entendimento, é que a estrutura da escolha autônoma do paciente deveria ser o balizamento da conduta moral no processo de decisão médica. Assim, pertenceria ao médico o papel de "geógrafo de valores", utilizando-se de uma expressão empregada por Engelhardt Jr. (1998 *apud* ALMEIDA, 1999), isto é, aos médicos seria oportuno o entendimento de que quanto mais são capazes de expor aos seus pacientes as consequências de suas decisões, e as razões a favor e contra outras possíveis decisões, mais os sujeitos serão capazes de racionalmente optar e de assumir suas responsabilidades em conjunto com seus médicos (ALMEIDA, 1999).

Conflitantes entre si, o princípio de respeito à autonomia às vezes admite diferentes perspectivas. Sua substituição pelo princípio do consentimento, proposto por Engelhardt Jr, aparenta ser uma estratégia pragmática para a não violação do princípio de respeito à autonomia do paciente. "O direito de não ser tratado sem consentimento ganha aplicabilidade imediata nos desejos do possível paciente. Basta aquele indivíduo recusar para indicar que a autoridade do médico não se aplica a esse paciente" (ENGELHARDT Jr., 1998 *apud* ALMEIDA, 1999, p.79).

Para estruturar os dois conceitos do binômio “autonomia e paternalismo” Cohen e Marcolino (2008) partiram da criação de um modelo dinâmico, explicitado na trajetória descrita pelo movimento de um pêndulo, oscilando entre os dois polos extremos. Numa extremidade, as bases de uma relação radicalmente autonômica seriam estruturadas, na qual cada sujeito ideal estaria numa posição de simetria em relação ao outro, modelo ideal estabelecido pela igualdade e liberdade. Na contraposição desse extremo, conheceríamos o polo paternalista, que diferentemente do outro extremo, existiria uma relação totalmente assimétrica da relação, guardando absoluta desigualdade e total submissão de um relacionamento sujeito-coisa. Nesse movimento pendular, veríamos que quanto maior a simetria da relação médico-paciente, mais presente estará a autonomia e contrariamente, quando maior a assimetria, mais intensa seria a evidência do paternalismo. Dessa equação podemos concluir que não poderia existir nem autonomia total nem paternalismo absoluto.

Anjos (2006) sustenta que a consciência de vulnerabilidade é a base para alimentar a razão crítica que alicerça a autonomia, prossegue em seu discurso que em bioética a vulnerabilidade comumente é dita como “sendo dos outros” e raramente como sendo do próprio sujeito autônomo, trata-se de um duelo entre a ação ética do sujeito autônomo perante os sujeitos vulneráveis. Conceitualmente, a vulnerabilidade e a autonomia podem ser separadas, entretanto, da ótica bioética aplicada são tomadas como parceiras, como condição do sujeito ético em ação.

Numa visão global, somos todos vulneráveis, pois a qualquer instante estamos sujeitos a nos ferirmos (em qualquer sentido), sermos ofendidos e/ou melindrados, com alguma intenção ou não, por agentes de qualquer natureza (como por pessoas, animais, intempéries e outros) e até mesmo por acidentes. E por nos percebermos vulneráveis é que para nos defendermos dessas injúrias (até mesmo entre nós) construímos normas de conduta, inferimos convenções sociais, elaboramos leis e nos armamos de acordo com os entendimentos existentes (HOSSNE, 2009).

Assim como Hossne (2009), Feito (2007) também conjuga com essa visão global, acreditando que a vulnerabilidade é uma situação muito complexa. Aplica-se, em primeiro lugar, a muitos lugares e adquire muitos significados; em segundo lugar,

a vulnerabilidade é uma característica do ser humano, que pela tradição cultural em defesa da autonomia, do individualismo e da independência, a deixou num plano inferior; em terceiro lugar, a vulnerabilidade, como possibilidade de danos, é considerada a raiz do comportamento moral, pelo menos para aqueles que a evidência está no cuidado e na proteção, em vez de estar na reivindicação de direitos. E por último, a vulnerabilidade associa-se não mais à condição individual, mas à do meio ambiente, devendo então compreender o aspecto cultural para entendimento do conceito.

Filósofos europeus dedicavam-se, desde a década de 70, à vulnerabilidade como condição humana, sendo incorporada à fala bioética nos anos 90. Dentre esses filósofos destacamos Emmanuel Lévinas e Hans Jonas. Lévinas define a subjetividade, sendo o eu ulterior à alteridade, sempre ao outro que existe necessariamente antes do eu à existência. Hans Jonas entende como característica de todo ser vivo o ser perecível, isto é, todo existente apresenta-se finito e mortal, portanto, vulnerável (NEVES, 2007).

Neves (2007, p.38) salienta que Lévinas e Jonas afirmam que na “[...] vulnerabilidade como condição universal do homem a que uma responsabilidade comumente entendida como resposta do eu, de cada um, à presença do outro, na sua radical vulnerabilidade [...]”

Vulnerabilidade é um princípio que nos remete à finitude e à transcendência, entendimentos essenciais da condição humana, guardando grande relação com outros princípios de autonomia, integridade e dignidade. Assim, para deliberação e decisão dos pacientes é necessária a articulação desses princípios, de forma a alicerçar um pacto moral entre paciente e médico (VON ZUBEN, 2007).

Conclui Von Zuben (2007) que a interpretação da força heurística da vulnerabilidade estruturada na articulação de princípios de liberdades fundamentais, direitos e dignidade humana contidas na Declaração Universal de Bioética e os Direitos do Homem, permite a superioridade de solidariedade responsável como ideia sobre o paternalismo na relação médico-paciente respeitando sua autonomia e retirando a compreensão enganosa que o princípio da beneficência proporcionava.

Nesse binômio médico-paciente, a vulnerabilidade discutida até aqui, poderíamos imaginar a existência uma relação imaginária de guerra entre o bem e o mal, havendo supostamente pessoas que se predispusessem a lutar com o mal que existe por si mesmo, mas participamos da posição de Santo Agostinho que nega o mal ontológico, em que os conceitos de livre-arbítrio e de vontade se relacionam em suas obras. Em alguns trechos de *O livre-arbítrio*, existe uma

“[...] distinção entre a vontade pela qual se quer o bem, em estado de liberdade, e a vontade pela qual se quer o mal, ou seja, a vontade que, mesmo querendo o bem, não dispõe de forças para cumprir o que quer. Temos aqui uma vontade não livre, uma situação que é, antes, uma servidão em relação às paixões e ao gozo por meio das coisas perecíveis [...]” (RAMOS, 2011, p. 25-26).

Agostinho, ainda na definição de vontade, dirige-se à boa vontade, que segundo seus descritos é a que desejamos para viver com honestidade e retidão para alcançarmos o topo da sabedoria, sem a confundirmos com prazeres do corpo e riquezas; diz que a boa vontade é dependente de nossa vontade (RAMOS, 2011).

E essa boa vontade de Agostinho nos remete a uma relação com o outro, que segundo a avaliação de Emmanuel Lévinas, tendo o outro sempre como ponto de partida, sua presença tem caráter primordial que antes se atribuía a si mesmo; então, a presença do outro é inevitável, sendo essa presença sempre diante de mim que me constitui, assim o outro está antes do Eu, traduzindo, o princípio ético da alteridade substitui o princípio metafísico da identidade (SILVA, 2012).

Ainda para Silva (2012), essa alteração deixa a um plano mais baixo a demonstração a existência do outro posteriormente a demonstração de minha existência, não necessitando a evidência da presença do outro, mas bastando o Eu assumir que esse algo dá sentido à minha própria existência. Dessa maneira, do ponto de vista teórico, o outro permanece indecifrável, mas observamos que existe uma mudança significativa do princípio, vendo um caráter imediato da relação e a imposição de sua força, definimos aqui o princípio da alteridade, que não se trata de conhecer o outro, mas de viver e morrer por ele.

Considerando que o Eu está constituído pelo outro, não podemos considerar a liberdade absoluta o mais relevante, em que o outro se torna um obstáculo a ser superado em detrimento do objeto do outro sujeito, portanto, contrariamente, a

prioridade do outro faz com que a responsabilidade por ele seja um discernimento mais relevante de conduta. Como no existencialismo, a responsabilidade não decorre da liberdade, mas a liberdade decorre da responsabilidade; sobre todos os meus atos devo refletir primeiramente se eles atendem a exigência de responsabilidade para com o outro. Tão radical é essa exigência que não requer reciprocidade, me responsabilizo pelo outro como absoluto dever ético (SILVA, 2012).

Entender a condição humana compreende o outro como princípio orientador da existência e referência da vida moral, não sendo a reflexão do retorno do sujeito a si mesmo, o fornecedor de elementos importantes fundamentais do conhecimento do homem. Segundo Silva (2012), trata-se de uma abertura àquele que não sou eu e de uma renúncia ao Eu como propagador de valores:

Não é a consciência de si que dá sentido ao mundo, mas a consciência do outro que constitui o critério da existência de cada sujeito, que se forma em sua integralidade não apenas em relação ao outro, mas em virtude da existência do outro (SILVA, 2012, p. 33).

Nessa análise sobre o outro, chama-nos a atenção a crítica sobre o biopoder proposto por Michel Foucault, que discorre sobre medicalização autoritária de corpos e doenças. Martins (2004) comenta sobre o poder médico descrito por Foucault, em que o médico adere de maneira consciente ou inconsciente, com onipotência, na doença do paciente e posteriormente sobre o próprio paciente como forma de crença e não ciência. Passa então o paciente a submeter-se a sua autoridade muitas vezes incondicionalmente, abdicando enquanto for paciente, de sua autonomia, passando a ser avaliado como um somatório de órgãos ou simplesmente uma máquina defeituosa que precisa de conserto. Por essa crença, o médico sente que pode e que deve invadir a autonomia do paciente e lhe impor sua verdade científica.

Esse poder supostamente conferido ao médico é exercido como de direito, por ser necessário e inevitável, mas não é necessário e pode contribuir para o fracasso no tratamento. Denominada de doutrina da “verdade científica”, por Foucault, o médico como guardião impõe sua verdade ao paciente, que por ser pecador perde todos seus direitos devendo ser submetido a quem supostamente sabe da verdade sobre seu corpo (MARTINS, 2004).

Apoiado pela ciência o médico intitula-se mensageiro da verdade, mesmo por vezes com o agravo da saúde do paciente, que em nome da verdade torna-se uma ferramenta de um poder que obtém lucro com a devoção da causa, que o provoca com gratificações financeiras; esse é o médico cientificista, positivista e organicista que inflige uma medicalização da vida, lucrando com remédios, aparelhos de biotecnologia e outros, tornando a saúde um comércio qualquer (MARTINS, 2004).

Segundo Foucault (1979, *apud* Martins, 2004, p. 4), a medicalização da vida e da cultura tem como mortos e feridos os pacientes e os próprios médicos, que com um selo científico, a medicalização divulgada pela mídia, persuade o público consumidor. Entretanto, ele nos chama a atenção para a forma de enfrentamento que a sociedade pode desenvolver para não perder sua autonomia, recorrendo a ritos religiosos arcaicos como forma de tratamento de saúde.

## 6 PATERNALISMO E VULNERABILIDADE NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE 2009

Ao compararmos alguns tópicos do código de ética atual (2009) com o anterior (1988) observamos:

<b>Código Novo</b>	<b>Código Antigo</b>
I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.	Artigo 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.
<b>II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano</b> , em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.	<b>Artigo 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano</b> , em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.
<b>VI - O médico guardará</b> absoluto respeito pelo <b>ser humano</b> e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para <b>causar</b> sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.	<b>Artigo 6º - O médico deve guardar</b> absoluto respeito pela <b>vida humana</b> , atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para <b>gerar</b> sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

<p><b>XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos</b> e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.</p>	<p><b>Artigo 14 - O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos</b> e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.</p>
<p><b>XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.</b></p>	<p><b>Artigo 130 - Realizar experiências</b> com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em paciente com afecção incurável ou terminal sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais.</p>
<p><b>X - Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.</b></p>	<p><b>Artigo 86 - Receber remuneração pela prestação de serviços profissionais a preços vis ou extorsivos, inclusive através de convênios.</b></p>
<p><b>Artigo 1º - Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.</b> <b>Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode</b></p>	<p><b>Artigo 29 - Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.</b></p>

<b>ser presumida.</b>	
<p><b>Artigo 13</b> - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.</p>	<p><b>Artigo 41</b> - Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.</p>
<p><b>Artigo 15</b> - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, <b>manipulação ou terapia genética.</b></p> <p><b>§ 1º</b> - No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.</p> <p><b>§ 2º</b>- O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:</p> <p><b>I</b> - criar seres humanos geneticamente modificados;</p> <p><b>II</b> - criar embriões para investigação;</p> <p><b>III</b> - criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.</p>	<p><b>Artigo 43</b> - Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento.</p> <p><b>Artigo 68</b> - Praticar fecundação artificial sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o procedimento.</p>

<p><b>§ 3º - Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.</b></p>	
<p><b>Artigo 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.</b></p>	<p><b>Artigo 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.</b></p>
<p><b>Artigo 23 - Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.</b></p>	<p><b>Artigo 47 - Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.</b></p>
<p><b>Artigo 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.</b></p>	<p><b>Artigo 48 - Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.</b></p>

<p><b>Artigo 28</b> - Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.</p> <p>Parágrafo único. <b>Caso ocorram</b> quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.</p>	<p><b>Artigo 53</b> - Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, <b>ao exercer a profissão</b>, em qualquer instituição na qual <b>o mesmo</b> esteja recolhido independentemente da própria vontade.</p> <p><b>Parágrafo único - Ocorrendo</b> quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou psíquica dos pacientes a ele confiados, o médico está obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.</p>
<p><b>Artigo 31</b> - Desrespeitar o direito do paciente <b>ou de seu representante legal</b> de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.</p>	<p><b>Artigo 56</b> - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida.</p>
<p><b>Artigo 32</b> - Deixar de <b>usar</b> todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, <b>cientificamente reconhecidos</b> e a seu alcance, em favor do paciente.</p>	<p><b>Artigo 57</b> - Deixar de <b>utilizar</b> todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.</p>
<p><b>Artigo 34</b> - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os</p>	<p><b>Artigo 59</b> - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do</p>

<p>objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, <b>fazer a comunicação a</b> seu representante legal.</p>	<p>tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação <b>ser feita ao</b> seu responsável legal.</p>
---	--

<p><b>Artigo 36</b> - Abandonar paciente sob seus cuidados.</p> <p><b>§ 1º</b> - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou <b>a</b> seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.</p> <p><b>§ 2º</b> - Salvo por <b>motivo justo</b>, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico <b>não abandonará</b> o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda <b>que para cuidados paliativos.</b></p>	<p><b>Artigo 61</b> - Abandonar paciente sob seus cuidados.</p> <p><b>§ 1º</b> - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou seu responsável legal, assegurando-lhe da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.</p> <p><b>§ 2º</b> - Salvo por <b>justa causa</b>, comunicada ao paciente ou a seus familiares, o médico <b>não pode abandonar</b> o paciente por este portador de moléstia crônica ou incurável, mas deve continuar a assisti-lo ainda <b>que apenas para mitigar o sofrimento físico ou psíquico.</b></p>
--	---

<p><b>Artigo 39</b> - Opor-se à realização de <b>junta médica ou segunda opinião</b> solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.</p>	<p><b>Artigo 64</b> - Opor-se à realização de <b>conferência médica</b> solicitada pelo paciente ou seu responsável legal.</p>
<p><b>Artigo 41 - Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.</b></p> <p><b>Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.</b></p>	<p><b>Artigo 66</b> - Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.</p>
<p><b>Artigo 44</b> - Deixar de <b>esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais</b> sobre os riscos <b>decorrentes</b> de exames, <b>intervenções cirúrgicas</b> e outros procedimentos <b>nos casos de transplantes de órgãos.</b></p>	<p><b>Artigo 73</b> - Deixar, <b>em caso de transplante, de explicar ao doador ou seu responsável legal, e ao receptor, ou seu responsável legal, em termos compreensíveis,</b> os riscos de exames, <b>cirurgias</b> ou outros procedimentos.</p>

<p><b>Artigo 45</b> - Retirar órgão de doador vivo <b>quando este for juridicamente</b> incapaz, mesmo <b>se houver</b> autorização de seu representante legal, <b>exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.</b></p>	<p><b>Artigo 74</b> - Retirar órgão de doador vivo quando interdito ou incapaz, mesmo com autorização de seu responsável legal.</p>
---	---

<p><b>Artigo 61</b> - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo <b>estimado</b> dos procedimentos.</p>	<p><b>Artigo 90</b> - Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo <b>provável</b> dos procedimentos <b>propostos, quando solicitado.</b></p>
---	---

<p><b>Artigo 99</b> - Participar de qualquer tipo de experiência <b>envolvendo seres humanos</b> com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos <b>ou outros que atentem contra a dignidade humana.</b></p>	<p><b>Artigo 122</b> - Participar de qualquer tipo de experiência no ser humano com fins bélicos, políticos, raciais ou eugênicos.</p>
--	--

<p><b>Artigo 100</b> - Deixar de obter <b>aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.</b></p>	<p>Artigo 127 - Realizar pesquisa médica em ser humano sem submeter o protocolo a aprovação e acompanhamento de comissão isenta de qualquer dependência em relação ao pesquisador.</p>
--	--

<p><b>Artigo 101</b> - Deixar de obter do paciente <b>ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e</b></p>	<p><b>Artigo 123</b> - Realizar pesquisa em ser humano, <b>sem que este tenha dado consentimento por escrito, após devidamente esclarecido,</b></p>
--	---

<p>esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.</p> <p><b>Parágrafo único.</b> No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão</p>	<p>sobre a natureza e conseqüências da pesquisa.</p> <p><b>Parágrafo único-</b> Caso o paciente não tenha condições de dar seu livre consentimento a pesquisa somente poderá ser realizada, em seu próprio benefício, após expressa autorização de seu representante legal.</p> <p><b>Artigo 124 -</b> Usar experimentalmente qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País, sem a devida autorização dos órgãos competentes e sem consentimento do paciente ou de seu responsável legal, devidamente informados da situação e das possíveis conseqüências.</p>
--	--

<p><b>Artigo 103 -</b> Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.</p>	<p><b>Artigo 125 -</b> Promover pesquisa médica na comunidade sem o conhecimento dessa coletividade e sem que o objetivo seja a proteção da saúde pública, respeitadas as características locais.</p>
---	---

A estrutura do Código de Ética Médica aprovado em 2009 é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais.

A versão revogada data de 1988, ano da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), época em que os planos de saúde ainda não eram regulamentados pela agência governamental e as inovações tecnológicas de diagnóstico e tratamento não existiam como realidade para muitos brasileiros. Mais de duas décadas depois, o novo documento se enquadra em um universo no qual os sonhos dos pesquisadores se tornaram reais e a estrutura assistencial brasileira se confirma com uma das mais importantes políticas sociais mundiais, mesmo com fragilidades que exigem reflexão sobre o seu futuro (D'AVILA, 2010).

Ainda segundo D'Avila (2010), o Código de Ética Médica estabelece-se também como instigador de transformações no terreno da política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: o reforço da autonomia ao paciente. Assim, aquele que é receptor da atenção e do cuidado passa a ter o direito de optar sobre seu próprio tratamento ou de recusá-lo. Tal aperfeiçoamento que deu ao médico um papel paternalista e autoritário corrige uma falha histórica, fazendo-a progredir rumo à cooperação, uma aproximação sempre preocupada em garantir a beneficência das ações profissionais em acordo com o interesse do paciente.

No contexto maior dessa nova revisão do Código de Ética Médica, salientamos o surgimento da identidade do médico como parceiro do paciente e orientador, com base em uma observação não só biológica, mas fundamentalmente humanista. É preciso então que o médico esteja preparado para o atendimento ao paciente, percebendo-o como ser integral, dotado de sentimentos, expectativas e com direitos a decisões que lhe assegurem dignidade na vida e no processo de morrer (PESSINI; SIQUEIRA; HOSSNE, 2010).

Segundo Neves e Siqueira (2010), no Capítulo I, são apresentados os Princípios Fundamentais relativos a objetivos valiosos de caráter amplo e genérico que orientam a moralidade do exercício da profissão. Explanam grandes conceitos, enquadram-se na categoria de moralidade máxima e não devem ser utilizados como elemento para efeito de abertura de sindicâncias e/ou processos ético-profissionais

contra médicos. Explicam a confecção de normas deontológicas, consideradas como *minima moralia*, que são regras obrigatórias a todos os médicos, e descrevem situações e fatos específicos de possíveis violações ao código de ética médica, constituindo, assim, uma ferramenta para o controle adequado do exercício profissional. Todos os princípios fundamentais são apresentados em forma de incisos e guardam com as normas deontológicas liames de conteúdo, difundidos em forma de artigos. Somente embasados nesses últimos, que revelam fundadas evidências de violações de normas deontológicas, é possível a abertura de sindicâncias ou processos ético-profissionais.

O Código de Ética Médica revisado lista nos 25 incisos dos Princípios Fundamentais valores que dizem respeito a esses valores essenciais. Dentre esses princípios e valores podemos distinguir: a dignidade; o cuidado com a saúde do ser humano; o aprimoramento contínuo dos conhecimentos científicos; o respeito à pessoa humana; as relações interpessoais; a não discriminação das pessoas; a autonomia do paciente; a responsabilidade social e profissional; os direitos humanos; a solidariedade; o acatamento das normas vigentes relativas à pesquisa com seres humanos e a obediência às normas legais em vigor no Brasil. Nesse capítulo do Código de Ética, evidenciamos dois incisos: “I – A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de nenhuma natureza”; e “II – O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”, pois demonstram o comprometimento na sua aceção do novo código com o exercício digno da medicina (NEVES; SIQUEIRA, 2010).

Como descrito por Martin (1993), o código de 1988 era bem mais positivo que o de 1984 não enfatizando as infrações. Estruturalmente, o código de ética de 2009 guarda semelhanças entre os dois últimos, como os termos negativos de proibições que são confeccionados os artigos e o constante “É vedado ao médico...”, que aparece nos capítulos III ao XIII. Entretanto, a denominada benignidade humanitária de Martin no código de 1988 parece se estender ao código atual, se tomarmos a utilização do termo “ser humano”.

O código de 2009 considera a autonomia do paciente e do médico. Os incisos

VII e XXI dos Princípios Fundamentais apresentam, respectivamente, a autonomia de cada um destes atores: “Inciso VII: O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência e emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”; “Inciso XXI: No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”.

Gracia (2008 *apud* NEVES; SIQUEIRA, 2010) previne que a autonomia extrema do paciente transformada em princípio absoluto e irrestrito é tão contrária ao bom senso quanto o paternalismo hipocrático, pois pode traduzir o “abandono” do paciente e sua vulneração. A prudência dos legisladores incluiu no atual código de ética médica a relação médico-paciente mais cooperativa e simétrica, sem se deixar levar ao extremo de desamparar o paciente.

Para melhor entendimento das relações desse código com os referenciais bioéticos, tentamos traçar um paralelo com a análise feita por Martin (1993), focalizando a hegemonia da benignidade sobre a importância dos valores econômicos, jurídicos e científicos.

Ainda nesse novo código podemos notar um foco de tensão entre o medicocentrismo e a benignidade. Martin (1993) aponta uma tríplice preocupação: a rejeição do modelo comercial e empresarial da medicina, com a prioridade que dá ao lucro; a condenação da manipulação financeira do médico e a condenação da manipulação financeira do paciente. Comprovação desse ato é a manutenção dos artigos e proposições dos que foram promulgados no código anterior, como os três dos Princípios Fundamentais: Princípio III – “Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”, Princípio IX – “A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio” e Princípio X – “O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”.

No Princípio III, Martin (1993) comenta que não há referência sobre a

premência da manutenção do sustento do médico e sua família e se esforça com a situação para que o médico não seja explorado, sem ofertar uma sistemática para executá-lo; no Princípio IX, é ratificada essa posição rejeitando o padrão empresarial e comercial da Medicina; no Princípio X, de forma explícita, conforma essa estrutura.

Os artigos desse novo código, que guardam semelhanças com o código anterior, relacionados ainda com os valores econômicos, se diferenciam na numeração, mas não no conteúdo, e podem ser citados em ordem crescente, sempre recordando ser “vedado ao médico”. Temos, então, no artigo 59: “Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados”; no artigo 63: “Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos”; no artigo 68: “Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza” e no artigo 69: “Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, prótese ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influencia direta em virtude de sua atividade profissional”. De maneira direta, a conclusão que ainda podemos obter é da mescla de duas proposições levantadas por Martin (1993), a rejeição desse modelo devido ao saudosismo do médico como profissional liberal e a crítica à desumanização da Medicina.

Martin (1993) tinha como tímida a proteção dos interesses dos pacientes, bem como as perspectivas humanitárias dos direitos dos pobres e dos menos favorecidos, no código de 1988, e cita os atuais que guardam similaridade, são os artigos que vedam ao médico, artigo 60: “Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários”; artigo 65: “Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários”. O artigo 89/1988: “Deixar de se conduzir com moderação na fixação de seus honorários, devendo considerar as limitações econômicas do paciente, as circunstâncias do atendimento e a prática do local” foi modificado no atual artigo 58: “O exercício mercantilista da Medicina”.

O Código de Ética de 2009 é uma coleção de normas éticas que, embora não sejam propriamente jurídicas, têm arrimo legal. Entretanto há uma relação sempre tensa entre os polos jurídico e ético, entre a lei e a moral, segundo Martin (1993). No código atual, o artigo 30, antigo 55/1988, “é vedado ao médico usar sua profissão para corromper os costumes, cometer ou favorecer crime”, demonstra um respeito da classe médica pela lei. Relacionado aos sujeitos em tratamento nas instituições e os estatutos e regulamentos, o valor do paciente é regra fundamental, sendo o princípio fundamental XVI descrito desta forma: “Nenhuma disposição ou regimental de hospital ou instituição pública ou privada poderá limitar a escolha por parte do médico dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento”. Nesse caso, os benefícios ao paciente é que valoram e fundamentam a regulamentação amparada por um valor ético.

Seguindo as características do código revogado, esse atualizado coloca a importância do paciente, do ser humano como valor supremo, numa análise do aspecto técnico-científico da Medicina. O princípio fundamental V: “O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente”, ressalta que o médico deve se comprometer com o desenvolvimento técnico-científico e que o benefício será voltado ao paciente Martin (1993). Nesse aspecto técnico-científico, também foi abordada a questão da proteção à dignidade e autonomia do doador de órgãos e do receptor, bem como a benignidade humanitária se firmando na questão da pesquisa clínica.

O contexto histórico dos Códigos de Ética Médica brasileiros não destoa da tradição da medicina ocidental. Tem suas raízes históricas tradicionais iniciadas na Grécia pela escola de Hipócrates, tem aquisições por influência judaico-cristãs na Idade Média e guarda importância na obra anglo-saxônica de Thomas Percival, que produziu sua ética médica no início do século XIX. Importante salientar que essa obra influenciou o Código que a Sociedade Médica Americana e suas revisões posteriores sendo que no ano de 1867 uma tradução portuguesa foi divulgada na Gazeta Medica da Bahia (MARTIN, 1993).

Segundo Martin (2002), nos últimos cem anos a medicina brasileira passou por mudanças várias. Numa análise de um determinado momento nos primórdios de sua história predominava o modelo de médico como profissional liberal que

mantinha uma relação de paternalismo benigno com seus pacientes. Com o aprimoramento científico e lucro agregados, modelos baseados nesses parâmetros são incluídos, às vezes aceitos, às vezes tornaram-se barreiras de resistência e conflitos, podendo ser analisados como crise de paradigma dominante e a insurgência de modelos alternativos.

Oselka (2008) afirma que os códigos de ética médica adotados no Brasil têm uma mescla de código administrativo, pois regulam precisamente aspectos práticos da profissão médica e de código moral e, de alguma forma, ampliam e definem a doutrina hipocrática.

Para França (2010), um Código de Ética Médica não deve ser unicamente um depósito de artigos de “ética codificada”, disciplinando a essência e a natureza da conduta médica, deve antes ser um compromisso em favor da sociedade e particularmente do ser humano.

Segundo sua avaliação, os códigos de ética médica brasileiros não fogem dos padrões hipocráticos da tradição da medicina ocidental da ilha de Cós, que tem no *Juramento* sua sustentação e ideário, nas suas versões autoritarista (1931), paternalista (1945), humanista (1953), paternalista-humanitária (1965), autoritarista (1984) ou humanista-solidária (1988 e 2009).

Atualmente, os próprios médicos reconhecem a importância e a necessidade da contribuição da sociedade para questões cujos direcionamentos e diretrizes estão em uma disputa principalmente ao chamado “direito dos pacientes”, claramente evidenciado numa concepção denominada de humanismo solidário. Essa concepção fez com que os deveres dos pacientes não sejam mais pelo fato de ele ser doente, mas pela sua condição de ser humano (FRANÇA, 2010).

Na avaliação de Kipper (2008), quatro são os modelos principais para a descrição do tipo de relacionamento do médico com seu paciente:

*Modelo paternalista*: igualmente denominado de paternal ou sacerdotal, dominou a medicina; caracteriza-se por uma postura assimétrica e vertical do médico que, como um pai, dita as condições ideais para seu filho (paciente), que em detrimento à sua própria autonomia, aceita o tratamento proposto.

*Modelo informativo:* também denominado de técnico, científico ou consumidor; o médico fornece todas as informações de que dispõe, incluindo suas dúvidas, para que o paciente tome a sua decisão baseada em seus próprios valores.

*Modelo interpretativo:* o médico pesa os valores do paciente, oferece opções de tratamento e o ajuda na tomada de decisão, agindo como um conselheiro.

*Modelo deliberativo:* tem como *foco* colaborar com o paciente na tomada de decisão mais apropriada para seu problema baseando-se nas opções esclarecedoras dadas pelo médico e nos valores globais da saúde. O binômio médico-paciente delibera sobre quais valores devem e podem ser utilizados. É apontado como o modelo mais adequado devido ao respeito à autonomia do paciente, ao respeito a seus valores e à humanização.

A falta de entendimento acerca de valores fundamentais e o indício do fracasso da cosmovisão tradicional proporcionaram um caráter de urgência à reflexão das experiências em pessoas e seus limites legítimos. Martin (1993) pondera sobre os questionamentos éticos e as diversas tentativas de regulamentar e fiscalizar a profissão médica interior e exteriormente por intermédio de códigos de ética e de medidas jurídicas. Essa demanda foi acrescida significativamente com o comportamento dos médicos nazistas na Segunda Guerra Mundial e seus experimentos. Então, movimentos mundiais procuraram criar códigos com valores humanitários, independentemente da cultura, ideologia política ou religiosa do médico. Disso surgiram a Declaração de Nuremberg, a Declaração de Genebra, o Código Internacional de Ética Médica e a Declaração de Helsinki. Muito embora esses códigos tenham a preocupação com o bem-estar dos doentes, seu texto enfatiza as obrigações e os direitos dos médicos.

Na elaboração do penúltimo código de ética médica, em suas discussões, foram levantadas inúmeras questões sobre confeccionar um conjunto simples de declarações que a sociedade esperava em relação ao atendimento dos médicos. Ademais, a discussão também se fez em torno da enorme complexidade da profissão tendo em vista os avanços tecnológicos e a escassez de recursos, tornando-se consenso de que era recomendável ter diretrizes que orientassem os médicos nos momentos de grande dificuldade. De acordo com Oselka (2008), os

códigos de ética médica são documentos de grande importância doutrinária e prática, por essa razão é importante conhecer a história desses códigos no Brasil.

Segundo Martin (1993), os códigos de ética médica brasileiros refletem uma visão mundial de aceitação de bases filosóficas e humanísticas e se desenvolveram em decorrência de uma fonte secular e filosófica. Três autores, cada um com sua própria visão, traçam elementos de uma cronologia da ética médica brasileira, Heitor Peres, Jayme Landmann e Guaraciaba Quaresma Gama.

Jayme Landmann (1985 *apud* MARTIN, 1993) tece críticas severas aos códigos de ética médica brasileiros ou de outros países. Segundo sua avaliação, os interesses profissionais dos médicos deixam em um plano inferior as necessidades dos doentes e da sociedade. Ele aprofunda sua crítica afirmando que os códigos são regras de etiqueta que dirigem o inter-relacionamento entre os profissionais visando manter seu *status*. De acordo com seus relatos, o embaraço entre ética médica e etiqueta médica tem origem em ditames do *Royal College of Physicians*, baseado no Código de Ética Médica de Percival, que tinha o objetivo de delinear a correta condução profissional de forma a evitar a competição e tornar mais forte o valor da profissão. Landmann não está contra a ética, mas contra o comportamento autoritário, arrogante e paternalista dos médicos com relação aos doentes, e pretende unir e determinar as tensões entre a autonomia do paciente com o paternalismo e beneficência do médico.

Adotando um posicionamento menos pessimista relacionado aos códigos brasileiros, Heitor Peres (1974 *apud* MARTIN, 1993) declara que os códigos têm atribuições de guia de etiqueta médica, no entanto, identifica um conteúdo moral. Destaca, ainda, que se constituiu da atenção da força maior da autodisciplina da ordem em prol da sua moralidade e também da pecúnia, conservando o respeito à sociedade.

Guaraciaba Quaresma Gama (1985 *apud* MARTIN, 1993) assume um teor direto e pouco controverso. Salienta que na maioria dos códigos de ética médica latino-americanos temos a sensação de normas de etiqueta e cortesia profissional entre os médicos, organização de deveres para com os pares, responsabilidades assumidas que os ligam às associações de classe etc. Distingue o período após a Segunda Guerra Mundial como uma nova fase de valoração da autonomia do

paciente e da ética médica e que existe uma contrariedade dos médicos diante das opções de uma medicina tecnologicamente evoluída e moderna.

Historicamente, desde a época imperial brasileira existem tentativas de organizar e regulamentar a medicina como profissão, seja pelo poder do Estado, seja por iniciativas dos próprios médicos. Relembrando o início deste capítulo, no começo do século XIX, foi publicada na *Gazeta Médica da Bahia* uma tradução do Código de Ética da Associação Médica Americana, um código que tratava em forma de artigos, dos deveres médicos para com os pacientes e dos doentes para com os médicos; dos deveres dos médicos para com os médicos e com a profissão; os deveres de quando um interfere na atuação do outro; os deveres dos profissionais com o público e do público com a profissão (MARTIN, 1993).

Assim permaneceu até meados do século XX, quando em 1927 fundou-se o Sindicato Médico Brasileiro e em 1929, por meio do *Boletim do Sindicato Médico Brasileiro* publicou o Código de Moral Médica, tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano, não só preocupado com a classe, mas também com questões éticas. Apresentava-se com 106 artigos distribuídos em onze capítulos e em catorze preceitos encontrados no Capítulo XII. Em carta publicada um pouco antes do código nota-se que o intuito desse escrito era promover reflexões, debates e acolher sugestões para produção de um código brasileiro, que culminou em 1931 com a aprovação do Primeiro Congresso Médico Sindicalista e um novo texto intitulado *Código de Deontologia Médica*, que embora subscrito pelo ministro da Educação e Saúde, não gozava de *status* jurídico (MARTIN, 1993).

O movimento sindical continuava com o propósito firme nas questões éticas, terminando por elaborar, em 1944, o primeiro Código de Ética Médica oficialmente reconhecido e decretado pelo governo no brasileiro. No ano seguinte, a Federação dos Sindicatos dos Médicos indicou membros para composição do Conselho Federal Provisório, instalado em 1946, que se converteu em Conselho Federal de Medicina em 1952. No entanto, a lei e o Conselho não foram acolhidos porque não houve consulta aos profissionais antes de sua publicação, porque a decisão final sobre as questões éticas era do Ministro do Trabalho e porque ocorreu o enfraquecimento sindical no período do Estado Novo, segundo Martin (1993).

Com o enfraquecimento do sindicalismo, surgiu uma lacuna, preenchida pela associação profissional, a Associação Médica Brasileira, criada em 1953, que confeccionou um novo código de ética. Segundo Martin (1993), coagido pela Associação Médica Brasileira e reconhecendo sua ineficácia, é enviado pelos interessados um projeto de lei ao governo de Café Filho em 1955 e somente aprovado no governo de Juscelino Kubitschek, que cria o atual Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina e acolhendo o código de 1953 até que outro fosse confeccionado.

De relevância nessa lei citada anteriormente podemos destacar que seria atribuição do Conselho Federal votar e alterar o Código de Deontologia Médica, sendo ouvidos os Conselhos Regionais e continuaria vigorando o código de ética confeccionado pela Associação Médica Brasileira até que outro fosse elaborado. Muitos se interessaram pela ética médica tendo em vista um processo de consulta na elaboração do projeto. Destarte, um anteprojeto foi apresentado no ano de 1960, com uma introdução que a comissão intitulou de Esclarecimentos Necessários, deixando explícito que esse anteprojeto tinha como base os documentos inglês, norte-americano e sueco e que mantinha a estrutura do anterior. Reunidos em um congresso, os Conselhos Regionais, em 1963, publicam um novo texto, o Código de Ética Médica, que só entrou em vigor quando publicado em 1965, com a supressão de um artigo que dava poderes aos Conselhos de modificar o código, clara posição autoritária que envolvia o país na época (MARTIN, 1993).

Esse código vigorou até o ano de 1984, quando veio o Código de Deontologia Médica, que teve vida muito curta, sendo substituído pelo Código de Ética Médica de 1988 que, segundo França (2010), não se comportava como um código de etiquetas ou um manual de privilégios corporativistas; elegia-se a condição de ser humano e não simplesmente paciente, tratava-se do ser humano e da coletividade, e não somente da saúde do doente, reconhecia a autonomia do paciente dentro dos direitos humanos.

Segundo França (2010), no código de 2009, não houve mudanças nas bases filosóficas e doutrinárias, porque o código revogado tinha concordância com a realidade atual vivida pelo médico, qualificado de humanista solidário.

Durante o II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina que aconteceu

nos dias 12/09/2007 a 14/09/2007, o Conselho Federal de Medicina ratificou o início das discussões sobre a revisão do Código de Ética Médica e decidiu criar uma comissão para esse fim. Em 20 de dezembro de 2007, a Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica teve aprovado seu regimento interno.

De modo paralelo ao II Encontro Nacional dos Conselhos de Medicina em 2008, foi realizado em Brasília (DF) o primeiro encontro que deu princípio à revisão do código de ética médica, denominada de II Conferência Nacional de Ética Médica. A histórica conferência de 1988, que deu origem ao código daquele ano, é considerada a I Conferência. Em março de 2009 ocorreu a III Conferência Nacional de Ética Médica, em Brasília (DF), e em São Paulo, em 2009, a IV Conferência Nacional de Ética Médica com a participação de 400 delegados.

Os trabalhos de revisão incluíram a realização de três conferências nacionais sobre ética médica como descrito anteriormente, receberam 2.677 sugestões de médicos e entidades organizadas da sociedade civil. São Paulo foi o estado que mais contribuiu, com 717 propostas; Rio de Janeiro, 247 propostas e Minas Gerais, 215 propostas, estados com maior concentração de médicos do Brasil.

## 7 CONCLUSÃO

Após vinte anos, nessa nova revisão, a sociedade brasileira e a sociedade médica, por meio dos Conselhos de Medicina, que são os órgãos responsáveis pela disciplina, inspeção e julgamento profissional, viram uma evolução contundente nos aspectos científicos e socioculturais, fazendo com que houvesse uma necessidade de adaptar a codificação ética para mais próximo desse sujeito, com a finalidade de dirimir conflitos cotidianos e orientar os médicos numa diretriz quando da existência de dificuldades.

Avanços técnico-científicos na área de transplantes de órgãos, de fertilização, do genoma, de medicações, pesquisa clínica, ortotanásia, internet, são exemplos que as normas éticas deveriam ser ajustadas, pois não estavam contidas no código revogado. Dessa revisão participaram segmentos importantes da sociedade não médica, além da classe médica, alavancando e fortalecendo aspectos dos princípios da bioética, clamados por uma nova sociedade que busca seus direitos.

Diante de todos esses aspectos descritos anteriormente, temos a certeza de que ocorreram avanços importantes em direção ao sujeito e que alguns ajustes ainda serão necessários, pela própria curva de aprendizado.

Entretanto, para enfrentar os problemas diários proporcionados pela clínica, temos de utilizar ferramentas, como os princípios e referenciais bioéticos, pois conflitos sempre estarão presentes.

O paternalismo está adquirindo uma feição modernizada, como já propõe alguns autores, uma adaptação atual e natural para as angústias que nos cercam diariamente com indagações que o progresso técnico-científico nos proporciona a cada instante.

A vulnerabilidade é inerente a todo sujeito, que deve respeito absoluto ao outro e não relativo, e tem certamente um valor ontológico, pois não posso ser eu mesmo sem o outro e ele necessita de mim para ser ele (ANJOS, 2006).

Os avanços da ética codificada nesta última revisão (2009) e que entrou em vigor em 2010 transparece em alguns aspectos progressos de grande significado em direção ao outro, entretanto, ainda restam paradigmas doutrinários que devem ser

vencidos.

Esses paradigmas devem ser discutidos dentro da sociedade de uma forma transdisciplinar, para que alcancemos êxito nas conquistas humanísticas.

## REFERÊNCIAS

ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JUNIOR, Lybio. **História da medicina**. Edição Brasileira Organizada por Márcio Fabri dos Anjos. Aparecida - SP: Idéias & Letras, 2011. 197 p.

ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. 129f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

ANJOS, M. F. Bioética: abrangência e dinamismo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 21, v. 21, n.1, P.4-12, 1997.

ANJOS, M. F. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, 2006.

BARIÉTY, M.; COURY, C. **Histoire de la médecine**. Paris: Puf, 1971.

BARTON, W. G.; BARTON, G. M. **Ethics and law in mental health administration**. New York: International Universities, 1984.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002. 574p.

BEIER, Mônica. Algumas considerações sobre o paternalismo hipocrático. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p.246-254, jun. 2010.

BYNUM, William F.. **História da medicina**. Porto Alegre: L&pm, 2011.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1931/2009, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução. **Diário Oficial da União**, 24 set. 2009, Seção I, p.90. (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173).

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Códigos de ética médica**: quadro comparativo. 2010. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/arquivos/Quadro\\_comparativo\\_CEM\\_2009.pdf](http://www.portalmedico.org.br/arquivos/Quadro_comparativo_CEM_2009.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2011.

CLOTET, J. Por que Bioética?. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.1, nov. 1993. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/474](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/474)>. Acesso em: 10 maio. 2012.

COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente: autonomia & paternalismo. In: COHEN, C.; SEGRE, Marco (Org.). **Bioética**. 3. ed.. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008. p. 83-94.

CRUZ, Márcio Rojas; OLIVEIRA, Solange de Lima Torres; PORTILLO, Jorge Alberto Córdon. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: contribuições ao Estado Brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 1, n. 18, p.93-107, 2010.,

D'ÁVILA, R. L. **Um novo código para um novo tempo**. 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/artigos.asp>>. Acesso em 15 abr. 2012.

DINIZ, Debora; CORRÊA, Marilena. Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.679-688, maio/jun. 2001.

ENGELHARDT JUNIOR, H. Tristram. Bioética global: levando a sério as diferenças morais. In: PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de; HOSSNE, William Saad. **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2010. Cap. 25, p. 431-442.

FAJARDO, Carlos Alberto Gómez. Desde Nuremberg hasta los modernos códigos de ética médica: un comentario sobre las relaciones entre la bioética y la historia. **Revista Colombiana de Reumatología**, Medellín, v. 6, n. 1, p.31-35, mar. 1999.

FEITO, Lydia. Vulnerabilidad. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, v.30, Suplem. 3, 2007. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 fev. 2012.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003. 167p.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Comentários ao código de ética médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 366p

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética: metas e desafios**. São Paulo: Loyola, 2010. 568p.

GRMEK, Mirko D. **Histoire de la pensée médicale en Occident**. Paris: Seuil, 1997. t.2.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da Bioética - a vulnerabilidade. **Bioethikos**, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v. 3, n. 1, p. 41-51, jan./jun. 2009a.

JONSEN, Albert R.. **A short history of medical ethics**. New York: Oxford University Press, 2000. 153 p.

KIPPER, Délio José. Bioética clínica e sua prática em medicina. In: SIQUEIRA, José Eduardo; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio José. **Bioética clínica**. São Paulo: Gaia, 2008. Cap. 5, p. 97-110.

KÜNG, Hans. **Projeto de ética mundial: uma moral ecumênica em vista da sobrevivência humana**. 4.ed. São Paulo: Paulinas, 2003. 212 p.

MARTIN, Leonard M.. **A ética médica diante do paciente terminal: leitura ética-teológica da relação médico-paciente terminal nos códigos brasileiros de ética médica**. 1993. 399f. Tese (Doutorado) - Curso de Teologia Moral, Faculdade de Teologia Nossa Senhora Assunção, Aparecida - SP, 1993.

MARTIN, Leonard M... **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito**. São Paulo: Loyola, 2002. 151 p.

MARTINS, André. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em nova concepção de saúde**. Interface Comun. Saúde Educ. v.8, n.14, p.21-32, set. 2003/fev. 2004 Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

MARTIRE JUNIOR, L. **História da medicina: curiosidades & fatos**. São Paulo: Astúrias, 2004. v.I

MARTIRE JUNIOR, L. Breve história da Medicina brasileira. In: ALLAMEL-RAFFIN, Catherine; LEPLÈGE, Alain; MARTIRE JUNIOR, Lybio. **História da medicina**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2011. 197 p.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NEVES, M. Thomas Percival: tradição e inovação. **Revista Bioética**, Brasília, v.11, n.1, out. 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/145/150](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/145/150)>. Acesso em: 21 mar. 2012.

NEVES, Maria do Céu Patrão (Org.). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BACHIFONTAINE, Christian Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Idéia & Letras, 2007. cap. 2, p. 29-45.

NEVES, N.. Códigos de conduta: abordagem histórica da sistematização do pensar ético. **Revista Bioética**, Brasília, v.16, n.1, jul. 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/59/62](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/59/62)>. Acesso em: 21 mar. 2012.

NEVES, N., SIQUEIRA, J.. A bioética no atual Código de Ética Médica. **Revista Bioética**, Brasília, v.18, n.2, nov. 2010. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/575/547](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/575/547)>. Acesso em: 25 jun. 2012.

OSELKA, Gabriel. O código de ética médica. In: COHEN, Claudio; SEGRE, Marco. **Bioética**. 3.ed. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2008.

PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2008. 776p.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de; HOSSNE, William Saad. (Orgs.). **Bioética em tempo de incertezas**. São Paulo: Loyola, 2010. 456p.

PRADO, Antonio Orlando de Almeida (Org.). **Código de Hamurabi, lei das XII tábuas, manual dos inquisidores, lei de Talião**. Florianópolis: Conceito Editorial, 2007. 110 p.

RAMOS, Angelo Zanoni. **O bem e o mal**. Dirigida por Marilena Chauí e Juvenal Savian Filho. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. 67p.

REISMAN, David. **The story of medicine in the middle ages**. New York: Paul Hoeber, 1936. 402 p.

REZENDE, J. M de. Caminhos da medicina. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 17, n. 1, p.38-47, 2003.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia e consentimento informado. In: RIBEIRO, Diaulas Costa (Org.). **A Relação médico-paciente: velhas barreiras, novas fronteiras**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010. p.197-229.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971. 277 p.

SANTOS, L. C. F. **História geral da medicina no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1947. Tomo 1.

SANTOS, L. C. F. **História geral da medicina no Brasil**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1977. v.1.

SEGRE, Marcos; COHEN, Cláudio. **Bioética**. 3.ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. 218p.

SHUSTER, Evelyn. Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. **New England Journal Of Medicine**, Philadelphia, v.20, n.337, p.1436-1440, 13 nov. 1997.

SILVA, Franklin Leopoldo e. **O outro**. Dirigida por Marilena Chaui e Juvenal Savian Filho. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. 62 p.

SILVA, Franklin Leopoldo e; SEGRE, Marco; SELLI, Lucilda (Org.). Da ética profissional para a bioética. In: ANJOS, Márcio Fabri Dos; SIQUEIRA, José Eduardo de. **Bioética no Brasil: tendências e perspectivas**. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2007. cap. 2, p. 57-67.

TEMKIN, Owsei. History of Hippocratism in late antiquity: the third century and the Latin West. In: TEMKIN, Owsei. **The double face of Janus and other essays in the history of medicine**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977. p. 167-177.

VON ZUBEN, Newton Aquiles (Org.). Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. In: BACHIFONTAINE, Christian Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: Idéias & Letras, 2007. cap. 4, p.61-76.

## **ANEXO A - RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009**

### **RESOLUÇÃO CFM Nº 1931/2009**

**(Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90)**

**(Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173)**

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009 e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, consubstanciado nas Leis n.º 6.828, de 29 de outubro de 1980 e Lei n.º 9.784, de 29 de janeiro de 1999; e

**CONSIDERANDO** que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

**CONSIDERANDO** que as normas do Código de Ética Médica devem submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

**CONSIDERANDO** a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade;

**CONSIDERANDO** as propostas formuladas ao longo dos anos de 2008 e 2009 e pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelas Entidades Médicas, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a revisão do atual Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** as decisões da IV Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica revisado.

**CONSIDERANDO** o decidido pelo Conselho Pleno Nacional reunido em 29 de agosto de 2009;

**CONSIDERANDO**, finalmente, o decidido em sessão plenária de

17 de setembro de 2009.

RESOLVE:

**Art. 1º** Aprovar o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização.

**Art. 2º** O Conselho Federal de Medicina, sempre que necessário, expedirá Resoluções que complementem este Código de Ética Médica e facilitem sua aplicação.

**Art. 3º** O Código anexo a esta Resolução entra em vigor cento e oitenta dias após a data de sua publicação e, a partir daí, revoga-se o Código de Ética Médica aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, publicada no Diário Oficial da União, no dia 26 de janeiro de 1988, Seção I, páginas 1574-1579, bem como as demais disposições em contrário.

Brasília, 17 de setembro de 2009

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

**LÍVIA BARROS GARÇÃO**

Presidente

Secretária-Geral

**CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA**

**PREÂMBULO**

I – O presente Código de Ética Médica contém as 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.

II - As organizações de prestação de serviços médicos estão sujeitas às normas deste Código.

III - Para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal.

IV - A fim de garantir o acatamento e a cabal execução deste Código, o médico comunicará ao Conselho Regional de Medicina, com discricção e fundamento, fatos de que tenha conhecimento e que caracterizem possível infração do presente Código e das demais normas que regulam o exercício da Medicina.

V - A fiscalização do cumprimento das normas estabelecidas neste Código é atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral.

VI - Este Código de Ética Médica é composto de 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 10 normas diceológicas, 118 normas deontológicas e quatro disposições gerais. A transgressão das normas deontológicas sujeitará os infratores às penas disciplinares previstas em lei.

## **Capítulo I**

### **PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

I - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

II - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

III - Para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa.

IV - Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

VI - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

VII - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

VIII - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

IX - A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio.

X - O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa.

XI - O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.

XII - O médico empenhar-se-á pela melhor adequação do trabalho ao ser humano, pela eliminação e pelo controle dos riscos à saúde inerentes às atividades laborais.

XIII - O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer

formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.

XIV - O médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

XV - O médico será solidário com os movimentos de defesa da dignidade profissional, seja por remuneração digna e justa, seja por condições de trabalho compatíveis com o exercício ético-profissional da Medicina e seu aprimoramento técnico-científico.

XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

XVIII - O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.

XIX - O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.

XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXIII - Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade.

XXIV - Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.

XXV - Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculada a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

## **Capítulo II**

### **DIREITOS DOS MÉDICOS**

#### **É direito do médico:**

I - Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza.

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

III - Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses

casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina.

V - Suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

VI - Internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição.

VII - Requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

X- Estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

### **Capítulo III**

## **RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL**

### **É vedado ao médico:**

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 3º Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

Art. 4º Deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 5º Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.

Art. 6º Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição.

Art. 10. Acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos.

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 12. Deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis.

Parágrafo único. Se o fato persistir, é dever do médico comunicar o ocorrido às autoridades competentes e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 13. Deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.

*Art. 14. Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.*

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de transplantes

de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética.

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Art. 17. Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.

Art. 19. Deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos

melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.

Art. 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

#### **Capítulo IV**

#### **DIREITOS HUMANOS**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-las, bem como ser conivente com quem as realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que as facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade.

Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

## **Capítulo V**

### **RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.

Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39 Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

## **Capítulo VI**

### **DOAÇÃO E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 43. Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, quando pertencente à equipe de transplante.

Art. 44. Deixar de esclarecer o doador, o receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos.

Art. 45. Retirar órgão de doador vivo quando este for juridicamente

incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei.

Art. 46. Participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos ou de tecidos humanos.

## **Capítulo VII**

### **RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 47. Usar de sua posição hierárquica para impedir, por motivo de crença religiosa, convicção filosófica, política, interesse econômico ou qualquer outro, que não técnico-científico ou ético, que as instalações e os demais recursos da instituição sob sua direção, sejam utilizados por outros médicos no exercício da profissão, particularmente se forem os únicos existentes no local.

Art. 48. Assumir emprego, cargo ou função para suceder médico demitido ou afastado em represália à atitude de defesa de movimentos legítimos da categoria ou da aplicação deste Código.

Art. 49. Assumir condutas contrárias a movimentos legítimos da categoria médica com a finalidade de obter vantagens.

Art. 50. Acobertar erro ou conduta antiética de médico.

Art. 51. Praticar concorrência desleal com outro médico.

Art. 52. Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente, determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria,

salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

Art. 53. Deixar de encaminhar o paciente que lhe foi enviado para procedimento especializado de volta ao médico assistente e, na ocasião, fornecer-lhe as devidas informações sobre o ocorrido no período em que por ele se responsabilizou.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 55. Deixar de informar ao substituto o quadro clínico dos pacientes sob sua responsabilidade ao ser substituído ao fim do seu turno de trabalho.

Art. 56. Utilizar-se de sua posição hierárquica para impedir que seus subordinados atuem dentro dos princípios éticos.

Art. 57. Deixar de denunciar atos que contrariem os postulados éticos à comissão de ética da instituição em que exerce seu trabalho profissional e, se necessário, ao Conselho Regional de Medicina.

## **Capítulo VIII**

### **REMUNERAÇÃO PROFISSIONAL**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 58. O exercício mercantilista da Medicina.

Art. 59. Oferecer ou aceitar remuneração ou vantagens por paciente encaminhado ou recebido, bem como por atendimentos não prestados.

Art. 60. Permitir a inclusão de nomes de profissionais que não participaram do ato médico para efeito de cobrança de honorários.

Art. 61. Deixar de ajustar previamente com o paciente o custo estimado dos procedimentos.

Art. 62. Subordinar os honorários ao resultado do tratamento ou à cura do paciente.

Art. 63. Explorar o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe, na condição de proprietário, sócio, dirigente ou gestor de empresas ou instituições prestadoras de serviços médicos.

Art. 64. Agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, para clínica particular ou instituições de qualquer natureza, paciente atendido pelo sistema público de saúde ou dele utilizar-se para a execução de procedimentos médicos em sua clínica privada, como forma de obter vantagens pessoais.

Art. 65. Cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, ou receber remuneração de paciente como complemento de salário ou de honorários.

Art. 66. Praticar dupla cobrança por ato médico realizado.

Parágrafo único. A complementação de honorários em serviço privado pode ser cobrada quando prevista em contrato.

Art. 67. Deixar de manter a integralidade do pagamento e permitir descontos ou retenção de honorários, salvo os previstos em lei, quando em função de direção ou de chefia.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição

médica, qualquer que seja sua natureza.

Art. 69. Exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Art. 70. Deixar de apresentar separadamente seus honorários quando outros profissionais participarem do atendimento ao paciente.

Art. 71. Oferecer seus serviços profissionais como prêmio, qualquer que seja sua natureza.

Art. 72. Estabelecer vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciam ou comercializam planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios para procedimentos médicos.

## **Capítulo IX**

### **SIGILO PROFISSIONAL**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

## **Capítulo X**

### **DOCUMENTOS MÉDICOS**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 81. Atestar como forma de obter vantagens.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados na clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 85. Permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade.

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88. Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros.

Art. 89. Liberar cópias do prontuário sob sua guarda, salvo quando

autorizado, por escrito, pelo paciente, para atender ordem judicial ou para a sua própria defesa.

§ 1º Quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito médico nomeado pelo juiz.

§ 2º Quando o prontuário for apresentado em sua própria defesa, o médico deverá solicitar que seja observado o sigilo profissional.

Art. 90. Deixar de fornecer cópia do prontuário médico de seu paciente quando de sua requisição pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal.

## **Capítulo XI**

### **AUDITORIA E PERÍCIA MÉDICA**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 95. Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

Art. 96. Receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Art. 97. Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem direito a justa remuneração pela realização do exame pericial.

## **Capítulo XII**

### **ENSINO E PESQUISA MÉDICA**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 99. Participar de qualquer tipo de experiência envolvendo seres humanos com fins bélicos, políticos, étnicos, eugênicos ou outros que atentem contra a dignidade humana.

Art. 100. Deixar de obter aprovação de protocolo para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a legislação vigente.

Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa.

Parágrafo único. No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

Art. 102. Deixar de utilizar a terapêutica correta, quando seu uso estiver liberado no País.

Parágrafo único. A utilização de terapêutica experimental é permitida quando aceita pelos órgãos competentes e com o consentimento do paciente ou de seu representante legal, adequadamente esclarecidos da situação e das possíveis consequências.

Art. 103. Realizar pesquisa em uma comunidade sem antes informá-la e esclarecê-la sobre a natureza da investigação e deixar de atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente.

Art. 104. Deixar de manter independência profissional e científica em relação a financiadores de pesquisa médica, satisfazendo interesse comercial ou obtendo vantagens pessoais.

Art. 105. Realizar pesquisa médica em sujeitos que sejam direta ou indiretamente dependentes ou subordinados ao pesquisador.

Art. 106. Manter vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que usem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 107. Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação, bem como

omitir do artigo científico o nome de quem dele tenha participado.

Art. 108. Utilizar dados, informações ou opiniões ainda não publicados, sem referência ao seu autor ou sem sua autorização por escrito.

Art. 109. Deixar de zelar, quando docente ou autor de publicações científicas, pela veracidade, clareza e imparcialidade das informações apresentadas, bem como deixar de declarar relações com a indústria de medicamentos, órteses, próteses, equipamentos, implantes de qualquer natureza e outras que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial.

Art. 110. Praticar a Medicina, no exercício da docência, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, sem zelar por sua dignidade e privacidade ou discriminando aqueles que negarem o consentimento solicitado.

### **Capítulo XIII**

#### **PUBLICIDADE MÉDICA**

#### **É vedado ao médico:**

Art. 111. Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer meio de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da sociedade.

Art. 112. Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

Art. 113. Divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente por órgão competente.

Art. 114. Consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 115. Anunciar títulos científicos que não possa comprovar e especialidade ou área de atuação para a qual não esteja qualificado e registrado no Conselho Regional de Medicina.

Art. 116. Participar de anúncios de empresas comerciais qualquer que seja sua natureza, valendo-se de sua profissão.

Art. 117. Apresentar como originais quaisquer idéias, descobertas ou ilustrações que na realidade não o sejam.

Art. 118. Deixar de incluir, em anúncios profissionais de qualquer ordem, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Nos anúncios de estabelecimentos de saúde devem constar o nome e o número de registro, no Conselho Regional de Medicina, do diretor técnico.

#### **Capítulo XIV**

#### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

I - O médico portador de doença incapacitante para o exercício profissional, apurada pelo Conselho Regional de Medicina em procedimento administrativo com perícia médica, terá seu registro suspenso enquanto perdurar sua incapacidade.

II - Os médicos que cometerem faltas graves previstas neste Código e cuja continuidade do exercício profissional constitua risco de danos irreparáveis ao paciente ou à sociedade poderão ter o exercício profissional suspenso mediante procedimento administrativo específico.

III - O Conselho Federal de Medicina, ouvidos os Conselhos Regionais de Medicina e a categoria médica, promoverá a revisão e atualização do presente Código quando necessárias.

IV - As omissões deste Código serão sanadas pelo Conselho Federal de Medicina.