

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

LUCAS FRANÇA GARCIA

**A REFORMA DO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA: UMA ANÁLISE
SOCIOLOGICA ORIENTADA PELA BIOÉTICA**

PORTO ALEGRE

2010

**A REFORMA DO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA: UMA ANÁLISE
SOCIOLÓGICA ORIENTADA PELA BIOÉTICA**

LUCAS FRANÇA GARCIA

Trabalho de Conclusão apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Ciências Sociais - Sociologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do sul.

Orientador: Prof. Dr. Renato de Oliveira
Co-Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE

2010

TERMO DE APROVAÇÃO

A REFORMA DO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA ORIENTADA PELA BIOÉTICA

A Banca Examinadora resolveu atribuir o conceito A para o aluno Lucas França Garcia na disciplina TRABALHO DE CONCLUSÃO EM SOCIOLOGIA, pela apresentação deste trabalho.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Renato de Oliveira – Orientador
Departamento de Sociologia – UFRGS

Prof. Dr. José Roberto Goldim – Co-orientador
Serviço de Bioética - HCPA

Prof. Dr. Luciano Joel Fedozzi
Departamento de Sociologia, UFRGS

Prof. Dr. Carlos Fernando de Magalhães Francesconi
Departamento de Medicina Interna, UFRGS

*Dedico este trabalho aos meus avós, Jucélia
e Dorval França (in memoriam) e Zulmira e
Nereu Garcia (in memoriam).*

“Uma ética que nos obrigue somente a preocupar-nos com os homens e a sociedade não pode ter esta significação. Somente aquela que é universal e nos obriga a cuidar de todos os seres nos põe de verdade em contato com o Universo e a vontade nele manifestada”.

Albert Schweitzer (1875-1965)

The Ethics of Reverence for Life. Christendom 1936;1 225-39

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Soraia Regina França Garcia e Ilton Camargo Garcia, e meu irmão, Leonardo França Garcia, pelo carinho, apoio e incentivo sempre constante nos momentos que precisei e decisões que tomei durante esta trajetória.

Ao Prof. José Roberto Goldim pela paciência, pela confiança em mim depositada e pelas críticas construtivas para a melhor execução deste trabalho.

Ao Prof. Renato de Oliveira pela paciência que teve durante a orientação deste trabalho e pelas críticas construtivas para a melhor elaboração deste trabalho.

Aos professores Luciano Joel Fedozzi e Carlos Fernando Magalhães Francesconi por terem aceitado o convite para fazerem parte da banca examinadora deste trabalho e pelos comentários e críticas realizadas.

À sociedade que contribui com seus esforços e impostos para manutenção de nosso Estado, e também da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entidade que hoje me oferta a oportunidade de conquista deste título acadêmico,

A toda comunidade que constitui a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e contribui para que esta seja uma Universidade modelo de alta qualidade na promoção do Ensino, Pesquisa e Extensão.

Aos amigos Robson, Tiago, Fagner e Thomaz pelo apoio sempre constante nos momentos em que precisei.

Ao pessoal do Núcleo Interinstitucional de Bioética (NIB) HCPA-UFRGS-PUCRS-UniRITTER, pelo incentivo, amizade, apoio, críticas e sugestões aos trabalhos que ali desenvolvemos.

Aos amigos do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Vera S. Ribeiro e Prof. Edison Capp, e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Fisiologia, Profa. Ilma Brum da Silva, pelo apoio constante para que eu

continuasse minhas atividades de iniciação científica em concomitância ao desenvolvimento das minhas atividades como bolsista.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a minha trajetória acadêmica e para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo pretendeu fazer uma discussão entre dois campos do saber científico: as Ciências Sociais (sobretudo a Sociologia) e o campo de reflexão interdisciplinar denominado Bioética. Procurou realizar uma discussão a partir dos referenciais teóricos da Sociologia e da Bioética para obter uma compreensão mais adequada da importância das alterações promovidas durante o processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica (CBEM) ocorrido entre 2008-2009. O objetivo foi analisar as alterações promovidas durante o processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica a partir da importância que estas alterações representam ao campo da saúde sob a luz da teoria princialista de Beauchamp e Childress. Foi verificado que a reforma promovida pelo Conselho Federal de Medicina reforçou o princípio da autonomia, da teoria princialista de Beauchamp e Childress, incorporou a resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina que trata sobre a terminalidade da vida humana e dos Cuidados Paliativos para estas situações, entre outras mudanças.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Tema	10
1.2 Justificativa	10
1.3 Problema	11
1.4 Objetivos	12
1.4.1 Objetivo Geral	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12
1.5 Métodos	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Ciência e Tecnologia: novos contornos em tempos de globalização	16
2.2. O Código de Ética Médica	18
2.2.1 Os Códigos de Ética Médica ao longo da história brasileira	20
2.2.2 O Atual Código de Ética Médica	24
2.2.3. O Conselho Federal de Medicina	25
2.3 A Profissão Médica	26
2.4 A bioética e a ética médica	27
2.4.1 A moral como fato social: Durkheim	32
2.4.2 Ideologia e moral no materialismo-histórico de Marx	36
2.4.3 Ética e racionalidade: Max Weber	37
2.4.4 Abordagens recentes da sociologia da ética	40
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tema

O presente estudo pretendeu fazer uma discussão entre dois campos do saber científico: as Ciências Sociais (sobretudo a Sociologia) e o campo de reflexão interdisciplinar denominado Bioética.

Procurou realizar uma discussão a partir dos referenciais teóricos da Sociologia e da Bioética para obter uma compreensão mais adequada da importância das alterações promovidas durante o processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica (CBEM) ocorrido entre 2008-2009

1.2 Justificativa

Os estudos em Ciências Sociais que trabalham com a ética e a ética médica são escassos. Nos últimos anos, com os avanços do campo multidisciplinar do conhecimento intitulado Bioética, este panorama vem mudando lentamente.

Trabalhos sobre as consequências sociais das novas tecnologias na Medicina e no campo Biomédico; sobre ética na pesquisa e na assistência médica foram realizados

em interface entre as Ciências Sociais e as Ciências da Saúde. Estudos sobre a ética médica e sobre as condições políticas para o exercício e construção da ética médica, entretanto, tem sido raros nos últimos anos na produção acadêmica sociológica.

Sendo assim, em virtude da relevância social que a ética médica possui no cenário de cuidados à saúde humana e da falta de estudos que analisem a importância das alterações promovidas nestes e da importância dos contextos políticos nos processos de construção da ética médica, este trabalho apresenta-se como uma contribuição ao campo de discussões da Bioética e da Sociologia, procurando trazer elementos da teoria principialista de Beauchamp e Childress da para tentar compreender este importante assunto que vem tomando proporções cada vez maiores no mundo contemporâneo.

1.3 Problema

Discutindo com as abordagens de Émile Durkheim, que procura enfatizar o caráter funcional da moral como sistema de valores exteriores e coercitivos aos indivíduos, com a abordagem do materialismo histórico de Karl Marx, que determina a ação do homem a partir das condições materiais de existência, e com a teoria da ação social de Max Weber, este trabalho coloca como pergunta o seguinte problema de pesquisa: quais as modificações realizadas no Código Brasileiro de Ética Médica que entrou em vigor em abril deste ano e sua importância no que diz respeito às relações no campo da saúde?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

- Analisar as alterações promovidas durante o processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica a partir da teoria principialista de Beauchamp e Childress.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Mapear as mudanças no CBEM aprovado em 2009 em relação ao de 1988;

1.5 Métodos

Este trabalho utilizou como técnica de pesquisa a análise de conteúdo de documentos.

A fonte de dados foram os Códigos Brasileiros de Ética Médica de 1988 e 2009 assim como textos históricos (compilações de textos jornalísticos, artigos de sites médicos) e livros e artigos científicos sobre período recente da história brasileira.

Para fazer a identificação e categorização das alterações promovidas no Código Brasileiro de Ética Médica foi utilizado o software de análise qualitativa QSR Nudist NVIVO 9.0.

Foram realizadas análises para ver as mudanças textuais promovidas pela reforma do CBEM a partir a categorização de ambos os códigos de acordo com os princípios da ética biomédica (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) de

Beauchamp e Childress, importantes filósofos americanos que contribuíram diretamente para o desenvolvimento da Bioética.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A medicina é uma das ocupações mais antigas da história da humanidade. Desde pelo menos 4 mil anos a.C., no Egito Antigo, temos registros do exercício da “arte de curar”. Mas é somente na Grécia Antiga, com o Juramento de Hipócrates, que temos a conjugação do exercício da Medicina, no sentido de “arte de curar”, com a reflexão ética sobre a sua prática. Em outras palavras, é a partir do Juramento que se inicia a tradição ocidental da ética médica (Drummond, 2005).

Hipócrates foi médico e filósofo na Grécia antiga e é considerado o pai da Medicina Ocidental, tendo desempenhado papel importante na história das ciências da saúde. Seu célebre “Juramento” é fonte ainda hoje de boa parte da tradição ética e moral médica do mundo inteiro. Neste documento ele expõe as principais aptidões pelas quais os médicos devem zelar no exercício da sua “arte”. O trecho abaixo ilustra o cerne da tradição hipocrática:

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda.

Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Antes de falarmos de uma ética médica, o mais adequado seria fazer uma definição sobre o que seria o “*ethos*”, ou a moral médica. Como toda moral, ela é um sistema de normas e valores que regulamenta subjetivamente as condutas admissíveis e permissíveis no exercício da profissão médica. É com este intuito que Hipócrates, em seu famoso escrito do século 4 a.C, coloca os princípios norteadores da atitude médica em relação ao seu paciente.

A postura médica advinda do juramento hipocrático era uma conduta que previa plenos poderes ao médico frente ao seu paciente, dando total poder para ele frente às decisões cabíveis para o tratamento das doenças de seu enfermo. É em virtude dessa característica que legitima o papel absoluto do médico frente a sua paciente, que a postura advinda do juramento é considerada como paternalista, pois, via-se na figura do médico a do “pai” que procura tomar as melhores decisões a favor de seu filho, sem, entretanto, levar em conta o que realmente este filho (no caso, este enfermo) gostaria que fosse decidido no caso em questão.

Essas orientações hipocráticas perduram até os dias de hoje nos Códigos de Ética Médica de quase todo o mundo. O que vem mudando nestes últimos tempos (sobretudo nos últimos 50-60 anos) é a questão da relação médico-paciente não ser mais paternalista, ou seja, unilateral, com o médico aplicando “os regimes [tratamentos] para o bem do doente segundo o seu poder e seu próprio entendimento”. Atualmente, o conceito de autonomia do paciente vem para tentar dar um maior equilíbrio na relação médico-paciente, procurando fazer com que o paciente também participe do processo de tomada de decisão em relação ao seu tratamento.

Apesar de ser datado de meados da Antiguidade Clássica, o Juramento hipocrático esteve vigente, em sua orientação paternalista, até meados do século XX. Mesmo com todas as grandes mudanças históricas ocorridas, sejam elas culturais, políticas ou econômicas, a ética médica pouco se modificou em relação à orientação hipocrática paternalista.

A crise de identidade ocorrida na Medicina americana é importante fator para compreendermos esta mudança de orientação da ética médica. Tal crise decorre da (a) revolução moral/cultural dos anos 60 e 70 em que os valores tradicionais da sociedade americana são postos em discussão; (b) da laicização da estrutura social que passa de uma sociedade cristã de fato para uma sociedade secular; (c) a medicina passa a ser formada por estrutura “pós-tradicional” ao invés das antigas estruturas tradicionais da autorregulação corporativa e da prática liberal, identificadas por Friedson (Friedson, 2009); e (d) a autoridade moral das profissões e dos papéis sociais delas são colocadas em questão neste período (Engelhardt, 2008).

A globalização, que se inicia em meados do século passado, a incorporação crescente de novas tecnologias no campo da medicina e o surgimento da Bioética suscitam novos questionamentos em relação à prática e à ética médica, sobretudo questões voltadas aos direitos dos pacientes e são outros fatores importantes para compreendermos esta mudança pela qual a ética médica passou nos últimos 50-60 anos.

Outro importante fator para o surgimento desses novos questionamentos é a relação, que se intensifica a partir da globalização da economia e dos meios de comunicação, entre Ciência e Tecnologia. Assim, antes de fazer uma discussão a respeito da ética médica, são necessárias algumas considerações sobre o contexto histórico da relação entre Ciência e Tecnologia, bem como sobre a importância e as consequências desta relação na modernidade, para passarmos aos novos questionamentos que esta relação, em tempos de globalização, coloca à ética médica.

2.1 Ciência e Tecnologia: novos contornos em tempos de globalização

Para fazermos uma discussão adequada sobre a importância que a relação entre Ciência e Tecnologia adquiriu nos últimos anos é preciso antes fazer alguns apontamentos históricos que remontam à Revolução Industrial Inglesa em meados do

século XVII. É a partir desta que podemos notar os primeiros contornos desta relação, pois até não tínhamos uma relação crescente entre a Ciência e a Tecnologia (Kalsing, 2010).

É importante ressaltar que embora a Ciência na maioria das vezes gere resultados e métodos que podem ser adaptados aos processos da esfera social, esta relação não se realizou de maneira direta, conforme demonstra Oliveira e colaboradores (Oliveira, Neves *et al.*, 2009). Foi somente com o advento da Revolução Industrial que esta interação foi dada, a partir da crescente demanda social por novos métodos de produção.

O mundo contemporâneo é marcado pelos impactos da globalização. Desde meados do século passado nossa humanidade vem passando por diversas transformações a nível global que estão mudando a vida das sociedades do mundo inteiro. Dentre estas importantes transformações, está a crescente interação entre a Ciência e a Tecnologia, que tem início em meados do século XIX com as revoluções industriais e tem seu apogeu no final do século passado (Giddens, 1992).

Interação esta que proporcionou diversos avanços no campo da saúde e da medicina e revolucionou uma série de disciplinas da Medicina. A descoberta dos raios-X, a descoberta e aperfeiçoamento da técnica endoscópica, por exemplo, são algumas destas interações entre Ciência e Tecnologia, que proporcionaram aos médicos maior precisão ao diagnóstico e trouxeram maior segurança ao médico no apoio necessário para tomada de decisões importantes no que diz respeito à conduta e ao tratamento, seja nos casos de urgência, seja nas doenças crônicas.

Entretanto, a incorporação destas tecnologias foi muitas vezes realizada sem a devida reflexão sobre seu impacto na assistência médica. A reflexão ética sobre o impacto do uso destas tecnologias no campo da saúde não foi realizada adequadamente, a tal ponto que hoje muitos profissionais da medicina são dependentes destas tecnologias para realizarem os seus diagnósticos.

O que queremos dizer é que com a Globalização, a interação entre Ciência e Tecnologia se deu de uma forma tão rápida em diversas áreas da vida social, e não foi diferente no campo da Medicina. O impacto do uso destas novas tecnologias é um novo desafio que a ética médica vem tentando resolver e os Códigos de Ética Médica não podem deixar de fora questões de tal natureza.

2.2. O Código de Ética Médica

Um Código de Ética Médica

[...] pode ser definido como o conjunto sistemático dos padrões de conduta moralmente permissíveis esperado dos médicos pelo grupo social elaborador, em determinado momento histórico. Um CEM possui diversas funções: manter, promover e preservar o prestígio profissional; proteger a união profissional; garantir à sociedade padrões de prática; estabelecer valores, deveres e virtudes profissionais (Vianna e Rocha, 2006).

Conforme já demonstrara Elias (2001), em seu célebre estudo “A sociedade de corte”, todo código de etiqueta reflete as relações sociais, culturais e políticas de determinada época. Nesse estudo, Elias mostra, através da análise dos códigos de etiqueta das grandes cortes europeias do século XVII, como a noção de “civilização” foi tomando forma de acordo com contexto social da Europa daquele século.

Entretanto, é importante ressaltar que Elias não estuda a etiqueta ou as condutas “civilizadas” em sua relação com as condições sociais de determinado contexto histórico. O que o autor procura estudar é como que as cortes europeias do século XVII usavam estes códigos e as respectivas condutas como um sinal de distinção social entre os “civilizados” e os “não-civilizados”, para se afirmarem “legitimamente” como civilizados. O importante na obra de Elias, portanto, é que ele foi o primeiro autor, na

Sociologia, a estudar a relação entre contexto histórico e produção de códigos de conduta sob o foco da análise da construção da ideia de civilização.

O Código de Ética Médica, é uma produção social e coletiva dos médicos e outros profissionais da saúde e reflete, de certa maneira, o “espírito” de um tempo. Sendo assim, ele é o documento que tem por finalidade sintetizar as condutas adequadas para a boa prática da profissão médica, em outras palavras, é o conjunto de regras ou de direitos e deveres da profissão médica. Ele reúne, sob a forma de artigos, diversas orientações do que pode e não pode ser feito em determinadas situações. Conforme Victora (2000) ele tem como objetivo facilitar a vida dos atores sociais na medida em que reúne sobre um único documento aquilo que é admitido como o “correto” por seus pares.

França (2000) seguindo de certa maneira a linha de Victora (2000) coloca que além de ser um “guia” para o exercício da boa prática profissional, o Código de Ética Médica também pode servir como um documento que resguarda moral e legalmente as ações do médico. Entretanto, tal interpretação tem gerado uma série de confusões, e o próprio autor alerta que o Código de Ética Médica não poder ser tomado como um refúgio do médico quando em situação de conflito ético.

Uma destas confusões é interpretar, por exemplo, o processo de Consentimento Informado como apenas a assinatura do Termo de Consentimento Informado (TCI), ou seja, tomar o processo de consentimento informado apenas pelo lado jurídico-legal e servindo apenas o TCI como prova documental de que o paciente foi devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios dos procedimentos aos quais foi submetido (França-Garcia, Pithan *et al.*, 2009).

É pensando assim, em termos de produção social e histórica que podemos inserir o Código Brasileiro de Ética Médica de 1988 como uma ruptura com os Códigos anteriores a esta data, na medida em que ele deixa para trás uma parte da visão paternalista da tradição Hipocrática, aonde somente o médico tinha poder de decisão sobre os procedimentos terapêuticos a serem utilizados (Siqueira, 2008).

Entretanto, antes de passarmos a exposição histórica dos Códigos Brasileiros de Ética Médica é necessário fazermos alguns apontamentos em relação à diferenciação entre o que é um Código de Moral Médica e um Código de Ética Médica.

Os Códigos produzidos até no Brasil foram marcados por um caráter mais moral do que propriamente ético, ou seja, eles são fortemente marcados por questões regulatórias e padrões de condutas aceitas ou não no exercício de sua profissão. Enquanto em um Código de Ética Médica propriamente dito, teríamos um documento em que são apresentados os princípios norteadores para o exercício adequado da Medicina, ou apresentadas as justificativas para a adequação das ações no exercício da prática médica.

Sendo assim, acreditamos que o atual Código Brasileiro de Ética Médica apresenta uma visão de Moral Médica, sendo mais adequado chamá-lo de Código de Moral ou Conduta Médica, pois suas orientações estão mais voltadas para questões deontológicas e de permissão e vedação de práticas profissionais do que propriamente uma reflexão a respeito das justificativas que estão por trás de cada um dos seus artigos.

2.2.1 Os Códigos de Ética Médica ao longo da história brasileira

Na história brasileira já tivemos sete Códigos que regulamentaram a profissão médica no território brasileiro. Nem todos tiveram a denominação de Código de Ética Médica, alguns foram denominados de Código de Deontologia Médica e outros de Código de Moral Médica.

Segundo França (2000), todos os Códigos Brasileiros de Ética Médica foram assentados na tradição da Medicina Ocidental, ou seja, embasados no Juramento Hipocrático.

O primeiro deles é datado de 1931 e seguia um ideário autoritarista e paternalista; o segundo deles, de 1945, reforçou a tradição paternalista do Juramento; o terceiro, publicado em 1953, baseia-se no ideário humanista, entretanto, sem romper com a tradição paternalista do Código anterior; em 1965 temos a reedição deste, em que é reafirmada a visão paternalista-humanitária; em 1984 temos o retorno a uma visão autoritária na construção da ética médica; finalmente, em 1988 temos a ruptura com a visão autoritária paternalista com a publicação, em conjunto com o processo Constituinte, de um Código que, segundo França (2000), tem uma visão humanitarista solidária da ética médica, com forte influencia da teoria principialista de Beauchamp e Childress, filósofos da Universidade de Georgetown expoentes da Bioética norte-americana.

Abaixo, quadro ilustrativo com a seqüência histórica dos Códigos de Ética Médica internacionais e nacionais.

<i>Medical ethics: a code of institutes and precepts adapted to the professional conduct of physicians and surgeons (1804)</i>	<i>Código Americano de Ética Médica (1847)</i>	<i>Código de Moral Médica (1929)</i>
<i>Thomas Percival, Manchester, UK</i>	<i>Associação Médica Americana</i>	<i>VI Congresso Médico Latino-Americano</i>

Quadro 1: Evolução histórica dos Códigos de Ética Médica internacionais

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Código de Deontologia Médica (1931)	Código de Deontologia Médica (1945)	Código de Ética da Associação Médica Brasileira (1953)	Código de Ética Médica (1965)	Código Brasileiro de Deontologia Médica(1984)	Código de Ética Médica (1988)	Código de Processo Ético-Profissional(2001)	Código de Ética Médica (2009)
<i>1º Congresso Médico Sindicalista</i>	<i>IV Congresso Sindicalista Médico Brasileiro</i>	<i>Associação Médica Brasileira,</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>	<i>Conselho Federal de Medicina</i>

Quadro 2: Evolução histórica dos Códigos Brasileiros de Ética Médica

Fonte: Banco de dados do pesquisador

Se utilizarmos a classificação utilizada por França (2000) para caracterizar os CEM que tivemos até agora, podemos claramente fazer uma relação desta visão com o contexto político da elaboração de cada um deles. Oliveira (1997), em sua tese de doutoramento, faz justamente isto, analisando a participação política dos médicos brasileiros na construção da ética médica brasileira em trabalho pioneiro no Brasil na área de Sociológica da Ética Médica, analisando o processo de elaboração dos Códigos Brasileiro de Ética Médica a partir de 1945 até 1988.

Oselka (*apud* Vianna e Rocha, 2006) observou que o conteúdo do Código Brasileiro de Ética Médica de 1988 é uma mescla de código moral, que determina os valores profissionais, com código administrativo, que regulamenta com precisão muitos aspectos práticos da profissão, como por exemplo, as questões relativas ao prontuário médico, questões relacionadas ao fornecimento de atestados médicos, entre outros.

Outro ponto importante em relação ao Código de 1988 diz respeito ao seu processo de elaboração que envolveu diversos segmentos da sociedade brasileira, num amplo espaço público de discussões a respeito da ética médica. O Código de 1988,

foi elaborado com a participação da classe médica, de outros profissionais da saúde e segmentos organizados da sociedade civil. Este Código foi analisado por França, que identificou em seu conteúdo uma ética humanitária e uma ética de engajamento social, possuindo como características: a concepção de que os deveres do médico com o paciente não se baseiam no fato de ele ser doente, mas em sua condição de ser humano; e a afirmação da responsabilidade do médico com as mudanças da estrutura social (Vianna e Rocha, 2006).

É importante ressaltar que este processo, que aconteceu em concomitância com o processo constituinte, foi marcado pela participação da classe médica, de outros profissionais da saúde, de diversos setores da sociedade civil (Vianna e Rocha, 2006),

assim como foi marcado por uma “ética do engajamento” (Oliveira, 1997), ou seja, por uma ação da classe médica no engajamento na luta pelo desenvolvimento social brasileiro, sobretudo no movimento sanitário.

2.2.2 O Atual Código de Ética Médica

O atual Código Brasileiro de Ética Médica foi aprovado pela resolução 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina e publicado no Diário Oficial da União em 24 de setembro do mesmo ano e entrou em vigor em abril de 2010. Sua abrangência envolve todos os profissionais da medicina em exercício no território brasileiro. Ele é constituído de 25 princípios fundamentais, 10 normas diceológicas (ou seja, normas relativas aos direitos do médico), 118 normas deontológicas (relativas aos deveres do médico) e 4 disposições gerais (Conselho Federal De Medicina, 2010).

Revisado após mais de 20 anos de vigência do Código anterior, ele traz novidades o conceito de cuidados paliativos, o reforço à autonomia do paciente e regras para reprodução assistida e a manipulação genética. Também prevê a extensão de seu alcance aos médicos em cargos de gestão, pesquisa e ensino.

Outros temas que tiveram suas diretrizes revistas, atualizadas e ampliadas se referem à publicidade médica, ao conflito de interesses, à segunda opinião, à responsabilidade médica, ao uso do placebo e à interação dos profissionais com planos de financiamento, cartões de descontos ou consórcios.

Foram dois anos de trabalhos, coordenados pela Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica, que contaram com a participação ativa de diversas entidades. O objetivo comum foi construir um documento sensível tanto aos avanços tecnológicos e científicos, como à autonomia e ao esclarecimento do paciente, além de reconhecer claramente o processo de terminalidade da vida humana.

No seu processo de formulação, além de serem consideradas as mudanças sociais, jurídicas e científicas, os responsáveis pelo trabalho também analisaram os códigos de ética médica de outros países e consideraram elementos de jurisprudência, posicionamentos que já integram pareceres, decisões e resoluções da Justiça, das Comissões de Ética locais e as resoluções éticas do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais de Medicina editadas desde 1988.

2.2.3. O Conselho Federal de Medicina

No Brasil, a medicina é regulada pelo Conselho Federal de Medicina, que possui um Código de Ética Médica obrigatório para todos os médicos em exercício no território brasileiro. Suas orientações são organizadas em capítulos e artigos. Como documentos auxiliares ao Código, podem ser consideradas as resoluções, documentos com pequenas introduções e alguns parágrafos ou artigos, que podem ser emitidos pelo Conselho Federal de Medicina ou suas divisões estaduais e servem para vários propósitos (Vianna e Rocha, 2006).

O Conselho Federal de Medicina é o órgão responsável pelo controle e pela normatização da prática médica em território brasileiro, em outras palavras, possui “atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica” (Conselho Federal De Medicina, 2010).

Criado em 1951, pelo Decreto-Lei Nº 7.955 de 13 de Setembro de 1945, suas principais funções eram a de registrar os profissionais aptos ao exercício profissional e a função de aplicação das sanções previstas no Código Brasileiro de Ética Médica (Conselho Federal De Medicina, 2010).

Atualmente, exerce um papel político importante na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica. Ao defender os interesses corporativos dos médicos, tem se empenhado em defender a boa prática

médica, o exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista, acreditando que a melhor defesa da medicina consiste na garantia de serviços médicos de qualidade para a população (Conselho Federal De Medicina, 2010).

2.3 A Profissão Médica

Elliot Friedson é considerado um dos fundadores da sociologia da medicina. Sua principal publicação, *A profissão médica: ensaio de sociologia do conhecimento aplicado* é considerado obra clássica para a discussão a respeito do *status* que a profissão médica adquiriu nas últimas décadas.

Suas publicações são marcadas por uma orientação funcionalista, na medida em que procura explicar a profissão médica a partir das instituições sociais que caracterizam a organização da profissão, assim como da relação que estas instituições estabelecem com outros setores da sociedade, como, por exemplo, o Estado.

Antes de entrarmos na análise propriamente dita a respeito da profissão médica, realizada por Friedson, é preciso fazer alguns contornos gerais, realizados pelo próprio autor, para se entender a divisão do livro e de seus apontamentos teórico-empíricos. “*A Profissão Médica*” é dividida em três grandes partes, quais sejam: a) a organização oficial da profissão, b) a organização da atividade profissional e c) a construção social da doença.

A organização oficial da profissão passa pelo reconhecimento do Estado da importância da profissão na sociedade. Exemplo disto é que o Estado delega ao Conselho Federal de Medicina a regulamentação da profissão médica e a criação de Códigos que regulam a própria prática médica.

A organização da atividade profissional está relacionada à formalização de uma instituição que visa defender os direitos da profissão e fazer a sua auto-regulação. É o caso do Conselho Federal de Medicina brasileiro, que recebe a autorização do Estado

para fazer o reconhecimento dos praticantes da medicina. É o Conselho que assegura que somente os pares participaram dos processos investigativos sobre irregularidades ou inadequações sobre os julgamentos clínicos de seus associados.

A terceira parte trata da construção social da doença. Seguindo uma linha estruturalista, para Friedson a doença é um estado anômico ao qual o indivíduo está passando. Além disto, para ele a doença é um estado social criado pela Medicina, ou seja, “a doença é um estado orgânico que a medicina qualifica como doença” (Oliveira, 1995).

Para Friedson, somente três ocupações ocuparam ao longo da história da humanidade o status de profissão: a lei, o divino e a medicina. Ao longo dos anos, elas desenvolveram algumas condições para que suas atividades alcançassem este status: primeiro, ter uma organização social capaz de garantir o monopólio privado (sancionado pelo Estado) das práticas admissíveis no exercício de suas profissões e, segundo, pelo prestígio social adquirido ao longo do tempo (Friedson, 2009).

Sendo assim, a profissão médica possui duas características fundamentais que a elevaram a tal nível, ser uma profissão consultiva, ou seja, é uma profissão diferente das demais, na medida em que não são os médicos que procuram os seus ‘clientes’, mas sim estes que o procuram voluntariamente; e ser uma profissão autônoma, ou seja, de os profissionais clínicos terem os seus próprios julgamentos sem a interferência de outras profissões ou de poderes externos à Medicina (Oliveira, 1995).

2.4 A bioética e a ética médica

O desenvolvimento da Bioética é recente no mundo inteiro. Pode-se dizer que sua produção propriamente dita começou a se expandir nos anos 70 do século passado

com a publicação de “*Bioethics: bridge to the future*” de Van Rensseler Potter, oncologista norte-americano. Entretanto, foi o alemão:

“Fritz Jahr, pastor luterano, que possivelmente foi o primeiro a utilizar a palavra bioética, propôs a ampliação da noção dos deveres dos seres humanos para com outros seres humanos, também para com os animais e as plantas. Assim, bioética foi utilizada no sentido de ampliar a discussão da ética para o conjunto de todos os seres vivos” (Goldim, 2006).

A partir dessa linha de pensamento começa a se desenvolver, sobretudo na Europa, uma corrente teórica que traz para a discussão a ampliação da cobertura dos deveres com os seres humanos para com os outros seres humanos e para os animais e as plantas, conforme propunha Fritz Jahr. Tanto é que na metade da década de 1920, o também alemão Albert Schweitzer, Nobel da Paz em 1952 pelo seu trabalho na Costa do Marfim, intitulado *The Ethics of Reverence for Life*, propunha o respeito à sacralidade da vida em todas as suas formas, ou seja, não só a vida humana, mas também a vida animal (Goldim, 2006).

Aldo Leopold e Hans Jonas também são autores importantes para se pensar as origens teóricas da Bioética. Eles introduziram, na década de 1930 e 1960, a questão ambiental e ecológica para o campo da bioética, além de ampliarem o espaço temporal dos deveres dos seres humanos para com as gerações futuras (Goldim, 2009).

Fato histórico importante para a reconstrução histórica das origens da bioética é o segundo Julgamento de Nuremberg, promovido pela Associação Médica Internacional em 1964, que refletiu sobre as questões éticas envolvidas na pesquisa com seres humanos (Goldim, 2006).

É a partir dos anos 60 que a reflexão sobre as questões éticas no campo das ciências da saúde e da vida começam a tomar contornos importantes no cenário acadêmico e na opinião pública americana, a partir do conhecimento de casos de manipulação de pesquisa com pacientes mentalmente vulneráveis (Junges, 1999).

Sendo assim, em 1970, Potter propõe a bioética ampla ou global, que deveria trazer ao campo da saúde outras ciências para a reflexão acerca da sobrevivência da espécie humana e das responsabilidades dos cientistas (e da própria ciência) para com a sociedade (Junges, 1999; Goldim, 2006; Kalsing, 2010). Para ele, a bioética deveria ser a responsável pela reflexão integrada “sobre a abrangência das relações entre seres vivos e da necessidade de ampliar esta reflexão ao longo do tempo” (Goldim, 2006).

A partir da obra de Potter são diversos os caminhos tomados pela Bioética, sobretudo nos EUA. Em 1969 é criado, em Nova York, o Hastings Center: Institute of society, ethics and life sciences; em 1971 surge o The Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics na Universidade de Georgetown, em Washington, que em 1979 passa a se chamar The Kennedy Institute of Ethics, com três centros de pesquisa: Center of Bioethics, Center of Population Research e Laboratories for Reproductive Biology (Junges, 1999).

O primeiro modelo de análise em bioética é derivado do Belmont Report (1978), que introduziu os princípios do respeito à pessoa humana, beneficência e justiça na pesquisa e assistência médica.

Estes princípios foram depois aprofundados e ampliados por Beauchamp e Childress, que apresentaram a autonomia (antes respeito à pessoa humana), a beneficência, a não-maleficência e a justiça como os norteadores da prática médica.

O princípio do respeito à pessoa humana ou autonomia é uma superação da tradicional visão paternalista hipocrática, em que o médico é soberano para decidir sobre os procedimentos a serem adotados (ou não) com o seu paciente. Com a introdução do princípio da autonomia, visa-se garantir o respeito à pessoa humana no que tange ao respeito pelo direito que o paciente tem de decidir a aceitação ou rejeição dos procedimentos que ele será submetido, seja do ponto de vista diagnóstico ou da terapêutica.

Para Beauchamp e Childress (2002), proponentes desta teoria, o princípio do respeito à autonomia,

implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (Beauchamp e Childress, 2002).

O que está em jogo no princípio do respeito à autonomia de Beauchamp e Childress é o estabelecimento de uma equidade mínima entre o médico e o seu paciente. Para que o paciente possa ter sua capacidade de tomada de decisão garantida no processo de consentimento informado, algumas outras variáveis devem ser levadas em conta, tais como a qualidade das informações prestadas pela equipe médica, a capacidade cognitiva do paciente, entre outras variáveis.

O processo de consentimento informado tem o papel de resguardar a autonomia do paciente no processo de tomada de decisão, ou seja, a capacidade que tem o paciente de entender e processar as opções de tratamento que estão lhe sendo propostos e as conseqüências que cada uma delas poderá ter no seu tratamento.

O princípio da não-maleficência,

determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: “Acima de tudo (ou antes de tudo) não causar dano” (Beauchamp e Childress, 2002).

A não-maleficência (juntamente com o próximo princípio a ser apresentado) é outra orientação clássica que acompanha a ética médica desde os tempos de Hipócrates. Na visão da teoria principialista ele pode ser definido como:

[...] a não-maleficência requer apenas que intencionalmente nos abstenhamos de executar ações que causem danos [aos pacientes]. As regras de não-maleficência, portanto, assumem a forma “não faça X” (Beauchamp e Childress, 2002).

A beneficência é mais uma das obrigações morais da ética biomédica e pode ser definida da seguinte maneira:

todas as formas de ação que tenham o propósito de beneficiar outras pessoas. São regras de beneficência: (1) proteger e defender os direitos dos outros; (2) evitar que outros sofram danos; (3) eliminar as condições que causarão danos a outros (Beauchamp e Childress, 2002).

O último princípio da teoria de Beauchamp e Childress é o de justiça, e, assim como a tradição liberal norte-americana, diz respeito principalmente à justiça distributiva. Entende-se justiça distributiva como sendo a distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social. Uma situação de justiça, de acordo com esta perspectiva, estará presente sempre que uma pessoa receberá benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares (Goldim, 2010).

Este modelo foi denominado de ‘principlista’, pois sustenta que as decisões éticas no campo da medicina devem estar baseadas nos quatro princípios acima listados. Embora seja o modelo mais recorrente na produção em bioética, suas limitações muitas vezes entram em conflito, não sendo possível definir qual princípio tem prioridade hierárquica, dificultando assim, numa situação real, a decisão sobre qual princípio deve ser adotado.

Outro importante modelo teórico para compreendermos as questões colocadas por este novo campo do conhecimento é o modelo proposto por Goldim (2006), denominada Bioética Complexa.

Usando o referencial teórico das outras abordagens em Bioética e usando os pressupostos epistemológicos da teoria da complexidade de Edgar Morin, Goldim (2006) procura, através deste modelo, apresentar uma teoria capaz de dar conta dos vários componentes envolvidos no processo de tomada de decisão no campo da saúde.

Sendo assim, a bioética complexa pode ser “entendida como sendo uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver (Goldim, 2009)”.

É neste sentido de complementaridade interdisciplinar que nossa proposta de estudo visa contribuir para a reflexão bioética, trazendo à discussão alguns conceitos sociológicos para tentar compreender adequadamente este tema tão importante no campo da saúde que é a ética médica.

2.4.1 A moral como fato social: Durkheim

Durkheim foi o intelectual que contribuiu diretamente para a consolidação da Sociologia como uma Ciência em meados do século XIX. Foi o primeiro professor universitário da disciplina na Europa, continente este que passava por uma fase conturbada, marcada por profundas revoltas, guerras. Sua produção teórica reflete justamente este período conturbado pelo qual a Europa e, sobretudo, a França, passavam em meados do século XIX.

As principais referências históricas para situarmos o pensamento de Durkheim são a Revolução Industrial e a Revolução Francesa. A primeira trouxe consigo novas técnicas de trabalho que alteram toda a divisão do trabalho, que influenciou a sua obra *Da divisão do trabalho social*, em que explora as implicações da nova divisão do trabalho nas relações sociais e a questão da solidariedade social. A segunda trouxe consigo uma mudança política e cultural, que rompeu com a visão da velha ordem

social da nobreza francesa, e colocou a tona novos valores baseados no republicanismo burguês (Quintaneiro, Oliveira *et al.*, 2003).

As referências intelectuais de sua época podem ser resumidas com a filosofia iluminista do século XVIII e o positivismo de Saint-Simon e Augusto Comte. É importante ressaltar sua “crença de que a humanidade avança no sentido de seu gradual aperfeiçoamento, governada por uma força inexorável: a lei do progresso” que Durkheim herda de Augusto Comte (Quintaneiro, Oliveira *et al.*, 2003). Isto é necessário para pensarmos a respeito de seus pressupostos teórico-filosóficos, pois, através dele poderemos compreender melhor as críticas de Durkheim a filosofia moral de Kant, assim como a crítica à ciência moral de Durkheim que Oliveira (Oliveira, 1995; 1997) faz em seus estudos.

Sua proposta de sociologia baseia-se na metodologia das ciências naturais, qual seja, o positivismo. Para Durkheim, a Sociologia deveria ser uma ciência calcada na (1) observação, na (2) indução e na (3) experimentação, tal qual as ciências naturais. Sendo assim, as ciências humanas deveriam aspirar a “formulações nomológicas”, isto é, de leis que estabelecessem relações constantes entre fenômenos (Oliveira, 1997; Quintaneiro, Oliveira *et al.*, 2003; Weiss, 2007).

Além do positivismo, Durkheim discute também com a filosofia racionalista de Kant, com o darwinismo social e o socialismo de cátedra de Saint Simon (Weiss, 2007). No que tange às questões que envolvem a moral, Durkheim, em debate constante com a filosofia kantiana, procura estabelecer uma ciência da moral, baseada em fatos oriundos da sociedade e não em meras especulações filosóficas, como muitos de seus contemporâneos.

Em *A divisão do trabalho social*, procura tratar da divisão do trabalho a partir da explicação da solidariedade social na sociedade moderna. Foi a partir da especialização da divisão social do trabalho, que Durkheim caracteriza dois tipos de solidariedade: a mecânica, encontrada nas sociedades menos desenvolvidas e a orgânica, típicas das sociedades industriais, onde há o predomínio da divisão do trabalho (Durkheim, 1995).

Com o conceito de solidariedade social Durkheim procurou mostrar como esta se constitui e se torna responsável pela coesão entre os diferentes membros dos grupos, e

de que maneira ela varia segundo o modelo de organização social. Sendo a solidariedade a responsável pela coesão do grupo, podemos afirmar, , que a solidariedade social é também um fato moral, na medida em que as regras morais têm por objetivo integrar os indivíduos à vida em sociedade.

Sendo assim, para Durkheim a moral é

[...] tudo o que é fonte de solidariedade, tudo o que força o indivíduo a contar com seu próximo, a regular seus movimentos com base em outra coisa que não os impulsos de seu egoísmo e a moralidade é tanto mais sólida quanto mais numerosos e fortes são estes laços (Durkheim, 1995).

Isto quer dizer que a moral possui papel essencial na manutenção da ordem social, na medida em que é a principal fonte de integração dos indivíduos à vida coletiva. Ou seja, a ação moral, em Durkheim, é uma conduta pré-estabelecida e que se manifesta imediatamente às consciências individuais através das representações sociais que os indivíduos fazem do mundo, sem que muitas vezes o indivíduo se dê conta disso ou questione longamente acerca do que deve fazer (Weiss, 2007).

Outro importante ponto da teoria de Durkheim para discutirmos a questão moral é a relação que o autor estabelece entre o normal e o patológico, ou seja, as categorias de saúde e doença do ponto de vista da sociedade. Para Durkheim, o sociólogo deveria ser como o médico, ou seja, deveria prevenir e curar as doenças as quais a sociedade está, esteve ou poderá vir a ser exposta.

Para definir o que é normal e patológico é preciso que se estabeleçam critérios objetivos, que sejam inerentes aos fatos, e que nos permitam afirmar cientificamente, ou seja, através da observação, da indução e da experimentação a distinção dos fenômenos de saúde e doença. Sendo assim, se o *normal* é o bom para a sociedade e o *patológico* é ruim e deve ser evitado ou corrigido, para os indivíduos a categoria de saúde deve ser desejável enquanto a de doença deve ser evitada ou corrigida/curada (Oliveira, 1995; 1997).

Isto implica dizer que temos uma visão limitada da ética médica, pois, segundo este raciocínio, o papel do médico é prevenir a doença ou restabelecer a condição de saúde do paciente doente, ou seja, restabelecer a ordem, sem lidar com os dilemas éticos advindos da relação médico-paciente, sendo assim o sociólogo deveria ser como o bom médico, ou seja, aquele que não apenas cura, mas previne a sociedade das doenças.

Esta distinção entre o normal e o patológico, e em nosso caso, entre a saúde e a doença, implica na impossibilidade de visualizar a ação transformadora dos indivíduos, pois apresenta uma capacidade quase nula dos indivíduos agirem no plano da história cotidiana sem que suas ações estejam reduzidas a mecanismos exteriores de dominação e determinação (Freitag, 1989).

Isto implica também em fazermos a discussão sobre os conceitos de autonomia e liberdade, na tentativa de Durkheim criar uma Ciência da Moral. Se tomarmos a

hegemonia da sociedade pelo indivíduo teremos, este transformado em um mero elemento do todo, uma parte do sistema social que apenas cumpre a sua função dentro da sociedade, ou seja, é despido das características que exprimem sua essência: a razão e a liberdade (Freitag, 1989).

Em outras palavras, tomando a supremacia da sociedade sobre o indivíduo, não temos em Durkheim o espaço para o desenvolvimento da autonomia e da razão, uma vez que autonomia para Durkheim é a subordinação do indivíduo às regras do grupo assumindo a natureza social das regras morais, uma vez que tal subordinação é feita através da autoridade que é posta pelos fatos e regras morais. Em outras palavras, tratando-se em adaptar-se as regras de condutas pré-estabelecidas, o indivíduo perde o seu caráter reflexivo, característica importante do agir ético.

2.4.2 Ideologia e moral no materialismo-histórico de Marx

Partindo de um pressuposto oposto ao de Durkheim, Marx e Engels, em a “Ideologia Alemã”, apresentam as principais críticas à filosofia alemã, que privilegiava a superestrutura, ou seja, as ideias e não as condições materiais da vida social. Para Marx e Engels, em *A ideologia*, são as condições materiais (ou seja, a infraestrutura) que determina os diferentes tipos de ação dos homens e os diferentes tipos de ideologia.

Com efeito, não encontramos em Marx uma teoria da moral (assim como em Durkheim, por exemplo). A relação entre teoria sociológica e moral e ética, em Marx, foi desde o início marcado pela discussão sobre o papel da ideologia e dos interesses do capital que operam por detrás do Capitalismo (Oliveira, 1995; Albinati, 2008).

A tradição marxista “remeteu a moral para o terreno da ideologia, e a crítica desta última era também uma crítica da moral” (Oliveira, 1995). Nessa crítica da ideologia, a Ciência adquire papel importante nas discussões entre as diversas correntes marxistas, pois ela aparece com instância privilegiada na discussão das questões sociais. , criticar a moral – e por consequência a ideologia – resultou em tomar como pressuposto de que o posto de vista científico é o único válido para a discussão das questões sociais.

A moral, para Marx, segundo Albinati,

seria uma um conjunto de valores e princípios que valem a priori para a ordenação de uma existência social, ele o faz a partir da compreensão de que é a própria existência social que determina esta constelação de noções, princípios e valores, sendo portanto inócuas as tentativas de prescrição moral de um ou outro arcabouço teórico-sistemático.

Isto quer dizer que somente é possível o exercício da moral e da ética a partir da própria existência social e material dos indivíduos, ou seja, a partir das determinações historicamente construídas. Sendo assim, a ação dos indivíduos dá-se entre

possibilidades a serem atendidas e necessidades historicamente construídas, ou seja, a partir de determinações materiais históricas.

Entretanto, é bom ressaltar que a principal colaboração de Marx é a pressuposição de que o conflito e a mudança fazem parte da natureza das sociedades. Isto é importante, pois o conflito abre as portas para que se possa fazer uma discussão e uma reflexão ética a respeito dos limites da moral de determinada sociedade em determinado período histórico, o que em Durkheim não seria possível, por este não admitir o conflito em sua teoria sobre a moral, ou melhor, por este tratar o conflito como um desvio da normalidade, e que, portanto, o papel da sociologia é restabelecer a ordem e o equilíbrio anteriores.

2.4.3 Ética e racionalidade: Max Weber

Ao contrário da abordagem funcionalista de Durkheim e da abordagem estruturalista de Marx, que privilegiavam as instituições e as estruturas sociais sobre a construção da moral e da ética, Max Weber introduz na sociologia a noção de ação social e ação ética para tentar dar uma explicação alternativa a respeito do desenvolvimento do capitalismo ocidental. Resumidamente, ele procurou compreender como as idéias (superestruturas ou cultura), tanto quanto os fatores materiais (condições materiais e/ou economia) se relacionam na explicação sociológica do desenvolvimento do espírito capitalista típico do Ocidente (Quintaneiro, Oliveira *et al.*, 2003)

Sua tese em *A ética protestante e o espírito do capitalismo* é a de que não são as condições materiais ou as necessidades sociais que determinam certos tipos de ações voltadas para a acumulação de riquezas, ou seja, para a criação do “espírito do capitalismo”. Esta por si só já acontecia há muito tempo, como Weber mostra na introdução de seu famoso livro, resta-nos descobrir qual foi a atitude-chave que em meados do século XVII proporcionou que esta acumulação se desse de maneira

sistemática de forma conjunta com o desenvolvimento da idéia de trabalho como vocação.

E foi na ética protestante que Weber encontra esse *ethos* capaz de alavancar o desenvolvimento do espírito do capitalismo moderno, qual seja o da acumulação de riquezas como algo neste e deste mundo, admitido pela autoridade divina e fruto de uma profissão ou vocação que Deus deu aos indivíduos para desenvolver na Terra. A este fenômeno Weber nomeou de ascese intramundana, ou seja, noção de trabalho como vocação neste e para este mundo fazendo com que o trabalho neste mundo passasse a ser compreendido como obrigação para a salvação da alma.

Essa acumulação admitida pela autoridade divina proveniente de uma vocação encontra suas bases nos escritos de Lutero e outros autores da Reforma Protestante. Mas o que Weber quer mostrar com isso? Antes de qualquer coisa que determinados sistemas simbólicos proporcionam atitudes e comportamentos nos atores sociais que podem ser interpretados e colocados em prática de diferentes maneiras. No caso do espírito do capitalismo, a ética protestante, ética do exercício da vocação neste mundo, permitiu que os atores sociais pudessem produzir suas riquezas, guardá-las e reaplicá-las de maneira que não fossem mais censurados pela Igreja.

Outro ponto importante a se ressaltar em Weber é a questão da ética como racionalidade, como ação social e ação ética, pois, segundo o próprio autor, a ação social é,

toda conduta humana (ato, omissão, permissão) dotada de um significado subjetivo dado por quem a executa e que orienta essa ação. Quando tal orientação tem em vista a ação - passada, presente ou futura - de outro ou de outros agentes que podem ser "individualizados e conhecidos ou uma pluralidade de indivíduos indeterminados e completamente desconhecidos" - o público, a audiência de um programa, a família do agente etc. - a ação passa a ser definida como social (Weber, 2004).

As ações dos atores sociais, segundo os tipos ideais de ação social, propostos por Weber podem ser classificados em quatro categorias: (1) ação racional com relação a fins, quando os indivíduos colocam metas para serem cumpridas e utilizam-se dos meios necessários e adequados para atingirem tais fins; (2) ação racional em relação a valores, quando o agente orienta-se por fins últimos, por princípios, agindo de acordo com ou a serviço de suas próprias convicções e levando em conta somente sua fidelidade a tais valores; (3) ação de tipo afetivo, quando o sujeito age de modo afetivo, quando sua ação é inspirada em suas emoções imediatas; e (4) ação de tipo tradicional, quando hábitos e costumes arraigados levam a que se aja em função deles.

Sendo assim, a explicação sociológica busca (1) compreender e interpretar estes sentidos, que estão por trás das ações dos atores sociais, (2) o desenvolvimento e (3) os efeitos da conduta de um ou mais indivíduos referida a outro ou outros - ou seja, da ação social, sem o sociólogo cometer o erro de fazer julgamentos valorativos a respeito de tais ações.

Importante ressaltar que é em Max Weber quem temos o reforço da idéia de que as realidades históricas e sociais são construídas pela ação do homem. É através da introdução do conceito de ação social que podemos pensar os indivíduos como agentes éticos, ou seja, como atores que agem neste mundo de acordo com diferentes racionalidades e são possuidores de liberdade.

É em Weber, que encontramos o primeiro projeto de uma sociologia da ética. Projeto este que deixa aberta a possibilidade para a crítica da racionalidade puramente mecânica da sociedade contemporânea (ou seja, das determinações institucionais e estruturais) em nome de uma ética racional fundada nos valores da própria modernidade, onde os conceitos de agente ético e agente social tomam contorno nas construções históricas e sociológicas (Oliveira, 1997).

2.4.4 Abordagens recentes da sociologia da ética

A sociologia da ética tem como objetivo “estudar os fenômenos sociais que colocam problemas éticos” (Oliveira, 1995), ou seja, é o ramo da Sociologia que pretende estudar as condições sociais para o exercício do julgamento ético pelos atores sociais.

A partir desta primeira caracterização, poderíamos nos perguntar se existe fenômeno social que não envolva uma dimensão moral e/ou ética. Se pegarmos o referencial teórico de Durkheim, veremos que todo o fato social tem uma dimensão moral, uma vez que a ética concerne aos comportamentos estabelecidos entre os indivíduos e os coletivos sociais (ou seja, o próprio fato social) e por isso, o objeto das pesquisas sociológicas é necessariamente ligado aos problemas éticos (Oliveira, 1995).

O que as abordagens estrutural-funcionalistas de Durkheim e Friedson nos colocam é a relação entre a moral e o sistema social em geral, onde o indivíduo aparece sem poder de agência, conceito central para melhor compreendermos e refletirmos sobre os conflitos éticos. De fato, nestas abordagens, a moral era sustentada como conceito de sistema, enfatizando os mecanismos de controle e integração da qual a moral faz parte.

Entretanto, o que a reflexão ética sobre os fenômenos sociais quer colocar é a relatividade destes sistemas morais e colocar “a experiência vivida pelos indivíduos e grupos humanos” em evidencia nas discussões sociológicas a respeito da ética e da moral. Sustentar esta abordagem requer que tenhamos “o diálogo como alternativa à expansão das idéias totalitárias, sejam elas políticas ou científicas” (Isambert, P *et al.*, 1978; Oliveira, 1995).

Se a experiência vivida pelos humanos aparece agora como elemento central da reflexão ética, o conceito de ação toma proporções semelhantes na medida em que “não existe ética senão ali aonde existe ação”, ou seja, toda ação, enquanto experiência vivida pelos indivíduos, possui uma dimensão ética na medida em que a ação dos indivíduos está posta em uma determinada situação social e histórica na qual ele vive,

na medida em que toda ação pode ser questionada do ponto de vista os seus valores, princípios e objetivos.

O agir ético

não é um dado da existência natural do homem: além do fato de ser uma conquista, ela revela, quando se realiza, a presença de um contexto que permitiu a aparição da preocupação ética enquanto realidade histórica, terreno próprio da pesquisa sociológica (Oliveira, 1995).

Isto quer dizer que a ética possui um componente estrutural, ou seja, histórico e contextual, mas que os atores também são dotados de agência para agirem de acordo com as suas categorias de ação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Talvez a mais importante alteração promovida na reforma do Código Brasileiro de Ética Médica seja a incorporação da Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina sobre o tratamento de pacientes em situação de terminalidade ou fora de possibilidades terapêuticas. Abaixo o artigo XXII do Capítulo I – Princípios Fundamentais que trata da questão dos Cuidados Paliativos em situações em que não existem mais possibilidades terapêuticas que venham proporcionar algum benefício ao paciente:

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.

Outra alteração importante é o aparecimento detalhado, pela primeira vez, das questões envolvendo a terapia e a manipulação genética. Os artigos 15 e 16

apresentam o que é a terapia gênica e sua autorização e a proibição do uso dela para fim de seleção gênica de embriões e outras finalidades como ilustrado abaixo:

É vedado ao médico:

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.

Importante alteração promovida também na reforma do Código Brasileiro de Ética Médica é a introdução do conceito jurídico-legal de responsabilidade subjetiva do profissional da medicina. O Parágrafo único do Art. 1º do Capítulo III sobre Responsabilidade Profissional, diz que “a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida”:

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.

A explicitação, em vários artigos, referente aos conflitos de interesse no exercício da profissão também é um dos pontos que mais teve alterações no sentido de detalhamento do que é permitido em relação à prática médica e à relação com a indústria farmacêutica (Capítulo VIII, Artigos 68 e 69). Abaixo os artigos que tratam sobre o conflito de interesse com a indústria:

É vedado ao médico:

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

Outra questão que teve um detalhamento na reforma do Código Brasileiro de Ética Médica é a questão da publicidade médica. Nesse artigo são expostas as condições nas quais é permitida a participação de médicos em atividades publicitárias e como essa publicidade deve ser transmitida.

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

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.

O conflito de interesses é outro tema que teve um detalhamento importante na reforma promovida pelo Conselho Federal de Medicina. As resoluções 1.836/2008 e 1.939/2010 do Conselho Federal de Medicina são abordadas no artigo 72 do Capítulo VIII – Responsabilidade Profissional:

É vedado ao médico:

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

Outra importante conquista da reforma do CBEM foi o reforço do princípio da autonomia do paciente, tendência esta que já vinha presente desde a elaboração do Código de 1988. No inciso XXI do Capítulo – Princípios Fundamentais o exemplo deste reforço no que diz respeito ao processo de tomada de decisões no âmbito da Medicina:

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.

Passando agora a uma análise das alterações realizadas em comparação com a teoria principialista de Beauchamp e Childress (orientadora do Código de 1988, segundo França (2000) e Siqueira (Siqueira, 2008)) veremos também que os avanços foram significativos.

Abaixo apresentamos os dados equivalentes à classificação dos artigos dos Códigos de Ética Médica de 1998 e 2009.

Princípio	CBEM 1988 (n=55)	CBEM 2009 (n=59)
Autonomia	22	23
do paciente	12	11
do médico	10	12
Beneficência	3	5
Não-maleficência	5	5
Justiça	3	3

O quadro acima nos apresenta dados importantes para mapearmos as alterações promovidas no CBEM de 2009 em relação à teoria de Beauchamp e Childress.

Embora se tenha incluído apenas um artigo a mais envolvendo a autonomia ou o respeito à pessoa, o que nos chama atenção é que se o dividirmos em autonomia do paciente e do médico (mesmo acontecendo o decréscimo de 1 artigo da autonomia do paciente), podemos nitidamente notar que com o processo de Reforma de 2008-2009 se equilibrou esta relação para também dar maior suporte às decisões clínicas que deixavam os médicos desconfortáveis, tais como as questões envolvendo pacientes em situação de terminalidade de vida, por exemplo, aonde as possibilidades terapêuticas de cura já não se fazem mais presentes.

O reforço da autonomia é uma importante conquista da sociedade brasileira como um todo, pois ela não representa apenas o respeito pela pessoa humana (profissionais da saúde e pacientes), mas é o reconhecimento de que os pacientes, embora estejam em situações diferentes em relação à equipe de saúde, tem os seus direitos assegurados, ou seja, tem a sua cidadania (e por conseqüência) e a sua autonomia respeitadas.

A beneficência também foi outro ponto reforçado no processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica. Passamos de 3 artigos em 1988 para 5 artigos neste novo Código. Esse aumento, mesmo que pequeno, serve para reforçar a característica fundamental da prática médica de fazer o bem aos seus pacientes no exercício de sua profissão, respeitando este enquanto pessoa dotada de direitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que as reformas promovidas no Código Brasileiro de Ética Médica trouxeram um grande avanço no reforço no princípio da autonomia, tanto do paciente como do médico.

O reconhecimento das situações de terminalidade de vida e a incorporação da Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina, que trata dos Cuidados Paliativos em pacientes em terminalidade de vida, no corpo do Código Brasileiro de Ética Médica é um importante reconhecimento social da limitação técnica da medicina em determinadas situações clínicas.

Se compararmos o processo de reforma deste Código com o seu anterior, de 1988, podemos afirmar que do ponto de vista de processo social ele não representou um avanço. Avanço se tomarmos como qualidade positiva a ampla participação da sociedade brasileira nas discussões sobre a ética médica e a política de saúde no Brasil, como de fato aconteceu em 1988. Avanço se considerarmos positivo o reconhecimento de que a ética e a política não são conceitos e práticas separadas, mas que se sobrepõem, como já mostrará Max Weber na discussão sobre a ética da convicção e a ética da responsabilidade em sua famosa palestra proferida na Universidade de Heidelberg, Alemanha, em 1919-1920, *A política como vocação*.

Entretanto maiores estudos deverão ser realizados para verificar se tais impressões são condizentes em relação às influências do contexto político no processo de reforma do Código Brasileiro de Ética Médica de 2008-2009, uma vez que não conseguimos ter acesso a documentos (tais como atas das reuniões da Comissão de Reformulação do Código de Ética Médica, aos Anais da V Conferência de Ética Médica e entrevistas com representantes do Conselho Federal De Medicina que participaram diretamente deste processo) que pudessem nos ajudar nesta análise.

Outro ponto importante de se ressaltar é de que os Códigos de Ética Médica produzidos até foram marcados por um caráter mais moral do que propriamente ético, ou seja, eles são fortemente marcados por questões regulatórias e padrões de condutas aceitas ou não no exercício de sua profissão.

A ética enquanto princípios norteadores do exercício adequado da Medicina ou como estudo das justificativas para a adequação as ações no exercício da prática médica, está pouco presente nestes Códigos. Sendo assim, acreditamos que o atual Código Brasileiro de Ética Médica apresenta uma visão de Moral Médica, sendo mais adequado designá-lo de Código de Moral ou Conduta Médica, pois suas orientações estão mais voltadas para questões deontológicas e de permissão e vedação do que propriamente uma reflexão a respeito das justificativas de ação que estão por trás de cada um dos seus artigos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBINATI, A. S. C. B. Ética e Marxismo. *Cadernos de Ética e Filosofia Política* [S.l.], v. 13, n. 2, p. 17-41, 2008.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Site oficial do Conselho Federal de Medicina (CFM). Disponível em <http://portal.cfm.org.br/>. 2010.

DRUMMOND, J. G. D. F. *O "Ethos" Médico: A velha e a noval moral médica*. Montes Claros-MG: Editora Unimontes, 2005.

DURKHEIM, E. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

ELIAS, N. *A sociedade de corte : investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

FRANÇA-GARCIA, L. *et al.* Análise da distinção entre "consentimento informado" e "termo de consentimento informado" em acórdãos do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. *X Salão de Iniciação Científica da PUCRS*. Porto Alegre: Anais do X Salão de Iniciação Científica da PUCRS. Porto Alegre : EdiPUCRS, 2009.

FRANÇA, G. V. D. *Comentários ao código de ética médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FREITAG, B. A questão da moralidade: da razão prática de Kant a ética discursiva de Habermas. *Tempo Social. Rev. Sociol USP* [S.I.], v. 1, n. 1, 1989.

FRIEDSON, E. *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora da UNESP, 2009.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. 2ª. ed. São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

GOLDIM, J. R. Bioética: Origens e Complexidade. *Revista HCPA* [S.I.], v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GOLDIM, J. R. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre* [S.I.], v. 53 n. 1, p. 58-63, 2009.

ISAMBERT, F. A. *et al.* Pour une sociologia de l'éthique. *R. François Sociol* [S.I.], v. XIX, p. 323-339, 1978.

JUNGES, J. R. *Bioética: Perspectivas e desafios*. Porto Alegre: Editora da Unisinos, 1999.

KALSING, V. S. S. *As novas tecnologias reprodutivas conceptivas no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS [Tese de doutorado]*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/22985>>, 2010.

OLIVEIRA, R. D. Notas para uma Sociologia da Ética Médica. *Cadernos de Sociologia* [S.I.], v. 7, p. 59-107, 1995.

OLIVEIRA, R. D. *Éthique et médecine au Brésil : étude sur les rapports entre le débat sur l'éthique médicale et la participation politique des médecins brésiliens*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion, 1997.

OLIVEIRA, R. D. *et al.* Inovação Tecnológica no Brasil: questões éticas da ação social em uma economia semiperiférica. *Parcerias Estratégicas (Brasília)* [S.I.], v. 14, p. 59-74, 2009.

QUINTANEIRO, T. *et al.* *Um toque de clássicos: Marx, Weber e Durkheim*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2003.

SIQUEIRA, J. E. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Revista Bioética* [S.I.], v. 16, n. 1, p. 85-95, 2008.

VIANNA, J. A. R.; ROCHA, L. E. Comparação do código de ética médica do Brasil e de 11 países. *Revista da Associação Médica Brasileira* [S.I.], v. 52, p. 435-440, 2006.

VICTORA, C. G. *Pesquisa qualitativa em saúde : uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 4ª. ed. Brasília: Editora da UnB, 2004.

WEISS, R. A. A Teoria Moral de Émile Durkheim. *Encontro da Sociedade Brasileira de Sociologia*. Recife: Anais do XIII da SBS, 2007.