

Ética Médica, Códigos de Ética Médica e Bioética  
H. Tristram Engelhardt, Jr., Ph.D., M.D.  
Rice University / Baylor  
18 de setembro de 2008

- I. Esta apresentação analisa grandes questões culturais e filosóficas posteriores visando à ética médica e o interesse pelo profissionalismo médico.
  - A. Desde o início do século 19, os códigos de ética serviram para estabelecer a identidade profissional médica e lhe dar conteúdo e foco.
  - B. O conteúdo dos códigos de ética médica mudou para refletir o padrão de moral da época.
  - C. Esta apresentação resumirá a geografia conceitual e cultural de grande escala que estabelece o contexto dos códigos de ética contemporâneos e os desafios atuais para a profissão médica.
  
- II. Em uma cultura pós-moderna e pós-tradicional, o desafio para os médicos é manter e aprimorar um senso de profissionalismo médico e uma auto-identidade moral. Esta apresentação foca na tarefa de aprimorar um senso de profissionalismo médico, tomando como exemplo a situação específica nos E.U.A..
  - A. Uma marca principal de uma profissão é a sua auto-regulação e identidade moral distintiva, as quais uma vez foram refletidas na medicina como uma quase-corporação com conhecimentos e habilidades especiais, bem como com uma responsabilidade de confiança aos pacientes e sociedade estimulada pela responsabilidade final de
    1. médicos individuais (profissionais médicos na Europa Ocidental tinham um individualismo nascido da prática privada e responsabilidade individual) de acordo com
    2. a profissão como uma associação auto-controlada de profissionais qualificados e instruídos,
    3. guiados por sua própria estrutura moral não totalmente aberta para estrangeiros.
  - B. No século 20, a medicina nos E.U.A. estava desprofissionalizada por estar sendo transformada para
    1. de uma quase-associação auto-reguladora com sua própria identidade e estrutura moral para
    2. um comércio supervisionado por reguladores (ou seja, supervisores), tanto públicos como privados,
    3. responsáveis pelos clientes e contribuintes (ou seja, a marginalização de pacientes como pacientes),
    4. cuja ética profissional precisava para estar de acordo com as exigências da bioética.
  - C. Uma resposta proposta para a crise de identidade moral dos médicos contemporâneos:
    1. os médicos devem desafiar a bioética: todas as perspectivas morais de conteúdo integral são uma visão de "algum lugar", de modo que a alegação da bioética falar de "lugar nenhum" é falsa,
    2. a moral de algum lugar de experiência clínica é essencial para fornecer bom serviço de saúde,
    3. e os médicos podem oferecer uma série de percepções únicas na qualidade finita caracterizando a condição humana, uma compreensão necessária para as sociedades contemporâneas.
    4. A profissão médica deve novamente agradecer que a sua ética médica não precisa estar de acordo com as exigências e aspirações de uma bioética secular geral.
  
- III. A desprofissionalização da medicina nos E.U.A. foi resultado de muitos fatores.
  - A. As revoluções morais dos anos 60 e 70 desafiaram os valores tradicionais.

1. A sociedade dos E.U.A. mudou de Cristão *de facto e de jure* para ser *de jure* secular.
  2. A medicina mudou de ser formada por estruturas sociais tradicionais para se tornar parcialmente pós-tradicional. Estes desenvolvimentos geraram as guerras culturais contemporâneas.
  3. A autoridade moral das profissões foi desafiada e em parte desconstruída: As imagens da autoridade tradicional (por exemplo, pais, maridos e médicos) foram questionadas.
- B. Uma reforma social, legal e política maior da medicina ocorreu no século 20, então o AMA não podia mais determinar, "Todos os recursos de serviço médico em qualquer método de prática médica deve estar sob o controle do profissional médico."
1. A ética médica e os códigos de ética médica possuem uma história importante. Consulte, por exemplo, Giovanni Codronchi, *De Christiana ac tuta medendi ratione libri duo* (Ferrara, 1591); Rodericus Castro, *Medicus-Politicus: sive de officiis medicopoliticis tractatus* (Hamburgo: Frobeniano, 1614); Wolfgang Thomas Rau, *Gedanken von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policeyordnung in einem Staat* (Ulm: Stettin, 1764); Johann Peter Frank, *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (Mannheim: C.F. Schwan, 1779); John Gregory, *Observations on the Duties and Offices of a Physician* (London: Strahan, 1770); Thomas Percival, *Medical Ethics* (Manchester: Russell, 1803); Medical Association of North Eastern Kentucky, *A System of Medical Etiquette* (Maysville, KY: Maysville Eagle, 1839); Samuel A. Cartwright, "Synopsis of Medical Etiquette," *New Orleans Medical and Surgical Journal* 1, no. 2 (1844): 101-4; and American Medical Association, *Code of Medical Ethics* (New York: H. Ludwig, 1848). Para obter uma visão geral desta história depois da fundação da American Medical Association (Associação Médica Americana), consulte Donald E. Konold, *A History of American Medical Ethics, 1847-1912* (Madison: State Historical Society of Wisconsin, 1962). Consulte também Robert Baker (ed.), *The Codification of Medical Morality* (Dordrecht: Kluwer, 1995).
  2. A capacidade profissional para controlar o ethos (caráter cultural e social de um grupo ou sociedade) da propaganda médica foi enfraquecida: *American Medical Assoc. vs Federal Trade Comm'n*, 638F.2d 443 (2d Cir. 1980).
- C. A revolução da bioética colocou a ética médica em um valor moral por leigos. As reivindicações para a autoridade do conhecimento moral clínico eram geralmente rotuladas globalmente e pejorativamente paternalista. Foi negado aos médicos conhecimento moral "especial".
1. A bioética causou uma mudança profunda na identidade moral da medicina: a bioética alegou oferecer uma perspectiva moral de "lugar nenhum". A bioética negou a legitimidade de uma perspectiva moral profissional do "algum lugar" compacto de experiência clínica.
  2. Os bioeticistas entraram no vazio criado pela marginalização dos eticistas religiosos e médicos para se tornarem os novos teólogos e sacerdotes morais seculares; a bioética tentou se tornar a perspectiva moral de definição para a medicina e para os profissionais médicos.
  3. Os valores internos da medicina originados da experiência clínica foram explicitamente
    - a. apresentados em conformidade com a ética social (ex. bioética), assim
    - b. os especialistas da moral médica não são mais utilizados, médicos refletivos, mas
    - c. bioeticistas, com o resultado de que a autoridade moral do médico é diminuída.
- D. Essas alterações envolvem vantagens e desvantagens, custos e benefícios.
1. A medicina se beneficiou de importantes reflexões da vida profissional.
  2. A medicina retomou um senso de seu lugar como parte integral da humanidade.
  3. No entanto, a medicina ainda tem que reconquistar a sua própria identidade moral profissional.
- E. Desafio: Restaurar uma identidade moral profissional médica para sustentar e estimular a vida do médico como uma moral especial solicitada com sua própria integridade moral

IV. Essas mudanças na moral supõem que a reforma na profissão médica foi levantada contra um plano de fundo de desenvolvimentos tecnológicos e científicos alterando a língua e conteúdo da medicina.

- A. A profissão já tinha sido reformulada pelas novas ciências dos séculos 18 e 19.
  - 1. A prática clínica de medicina se tornou dependente no laboratório (exemplo, Giovanni Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, 1761)
  - 2. As ciências como a anatomia, fisiologia e bacteriologia se tornaram básicas no sentido de que a realidade clínica foi reescrita em termos científicos básicos. Uma nova linguagem científica ou discursos médico de medicina surgiu, o que reestruturou o idioma da clínica.
  - 3. As queixas de pacientes, a fim de serem *bona fide* exigiram o valor verdadeiro patoanatômico e fisiopatológico; elas tinham que ser justificadas pelas ciências básicas.
  - 4. O observador viés foi reconhecido como um problema a ser abordado por meio de
    - a. correlações patológicas clínicas (a autópsia se tornou central),
    - b. experimentos controlados (o laboratório chegou para definir a clínica), e
    - c. a análise estatística dos resultados (estatísticas vieram para orientar as escolhas clínicas).
  - 5. A Arte da medicina se tornou dependente da Ciência da medicina.
- B. A última parte do século 20 testemunhou a revolução da informação: a chegada da inteligência artificial permitiu a rápida acumulação e análise dos dados para que
  - 1. uma nova medicina baseada em evidências defendesse o tratamento somente quando legitimado
    - a. por uma probabilidade aceitável de benefício, junto
    - b. com um nível baixo aceitável de risco de mortalidade e morbidez.
  - 2. A avaliação da qualidade detalhada dos serviços de saúde por não-profissionais se tornou possível. As instituições e os indivíduos podem ter acesso à informação médica frequentemente, bem como os médicos.

V. Essas mudanças foram ocorrendo na estrutura social de prática médica.

- A. Os médicos deixaram principalmente de serem solo praticantes. Os profissionais médicos independentes, a maioria auto-responsável, estão sendo substituídos
  - 1. não apenas por médicos que trabalham em ambiente de prática em grupo, mas por
  - 2. médicos geralmente situados em ambientes institucionais controlados por grandes corporações, tanto para fins lucrativos e sem fins lucrativos ou governamentais, com o resultado de que
  - 3. as escolhas do tratamento médico são cada vez mais gerenciadas por médicos não envolvidos no tratamento ou não-médicos: cada vez mais, terceiros gerenciam e controlam a medicina.
- B. Estas mudanças no relacionamento médico/paciente fizeram o par médico/paciente basicamente anacrônico. Entre médico e paciente, existem normalmente agora
  - 1. contribuintes que não sejam o paciente (por exemplo, o empregador do paciente ou o governo),
  - 2. fiduciários (por exemplo, sistemas de seguros privados e governamentais utilizando os fundos de contribuintes para os pacientes), que são os administradores de fundos e obrigações,
  - 3. instituições de serviço médico em grande escala dentro da qual o serviço de saúde é cada vez mais fornecido,
  - 4. agências reguladoras governamentais visando conter os custos e proteger os pacientes, e
  - 5. gerentes que julgam a conveniência de intervenções médicas.

- VI. As forças econômicas também vem reestruturando o caráter da profissão médica.
- A. O crescimento nos gastos se provaram difíceis de diminuir porque
1. uma ideologia igualitária submeteu a medicina para a tarefa impossível de fornecer
    - a. o melhor do serviço para todos (fazendo todo o possível para prolongar a vida e diminuir o sofrimento), e
    - b. igualdade de atendimento para todos (em face das desigualdades biológicas irreduzíveis),
    - c. enquanto preserva a escolha do médico/paciente
    - d. e ainda controla os custos.
  2. Apenas o estado de Oregon, E.U.A. pôde admitir que um outro tivesse, ao invés de se comprometer
    - a. menos que o melhor atendimento para a maioria (pelo menos denominado como atendimento "adequado" para todos),
    - b. atendimento desigual (reconhecendo que a natureza criou todos como desiguais), e
    - c. limitou a escolha médico/paciente, sem pagamento extra, para
    - d. controlar eficazmente os custos (benefícios adicionais estavam disponíveis somente com pagamento).
- B. Por causa da maioria dos médicos, políticos e pacientes não querer admitir a impossibilidade de que a ideologia médica igualitária se tornou necessária para impor as restrições no acesso ao diagnóstico benéfico e desejado e intervenções terapêuticas para reter custos enquanto, reivindicando apesar disso, contrário aos fatos desse assunto, que
1. o acesso ao atendimento benéfico importante não estava sendo significativamente limitado e que
  2. as restrições de custo não têm impacto importante nos resultados da saúde, e
  3. a qualidade do atendimento poderia ser mantida pela gestão apesar das limitações dos recursos.
- C. Atendimento gerenciado, pagamento prospectivo, e outras abordagens para restrição de custos envolveram uma mudança nos paradigmas de tratamento realizado para conter os custos.
1. Sob o reembolso retrospectivo de indenização integral, prováveis intervenções terapêuticas diagnósticas benéficas pelas quais alguém quer pagar são inocentes até que se prove o contrário.
  2. Sob o reembolso prospectivo limitado, intervenções caras (mesmo associadas com alguns riscos) são culpadas até que se provem inocentes (ou seja, mostrarem estatisticamente serem eficazes).
- D. Os gerentes fizeram uma mudança na formação das imagens morais da profissão.
- VII. Como em face dessas profundas mudanças pode a profissão de medicina retomar uma identidade moral importante e um senso de profissionalismo? O que os médicos no Brasil podem aprender do que ocorreu no E.U.A.? Uma possibilidade é de os médicos e a medicina como uma profissão aprendida ser envolvida centralmente na educação da sociedade e dos pacientes, quanto aos limites da condição humana. John Kitzhaber, M.D., como o governador de Oregon seguiu esta meta no desenvolvimento do Plano de Oregon.
- A. A profissão de medicina deve ajudar a orientar prudentemente e honestamente as políticas públicas e a escolha do paciente para tomar conta da condição humana de forma melhor.
1. Como uma profissão aprendida, a medicina deve lembrar a sociedade sobre a diversidade intratável

das visões morais e do fracasso da esperança do Iluminismo refletida na emergência da bioética americana original; existe desacordo sobre o significado das passagens principais da vida, da sexualidade e reprodução ao sofrimento e à morte. Há controvérsias sobre a autoridade e a integridade da família. Essas circunstâncias provocam as guerras da cultura. Nós não compartilhamos uma moralidade. Por exemplo, não é moralmente auto-evidente que os médicos não devem informar aos pais quanto ao diagnóstico e tratamento de seus filhos menores (veja o capítulo IX, artigo 103, do Código de Ética Médica do Brasil, 1988).

2. A profissão médica deve lembrar a sociedade que a bioética não encontrou uma visão moral neutra em "lugar nenhum".

3. A profissão de medicina deve informar à sociedade que a medicina, não a bioética, compreende melhor o significado moral da natureza da finitude humana, como marca o serviço de saúde. Os médicos devem ser os educadores sobre a natureza da condição humana. Elas devem ensinar à sociedade e aos doentes sobre os limites das possibilidades e capacidades humanas:

- a. todos vão morrer (nenhum recurso pode impedir isto);
- b. a maioria vai sofrer antes de morrer (nenhum recurso pode impedir isto);
- c. conhecimentos empíricos (exemplo, médico) é probabilístico;
- d. os recursos são limitados; e, portanto,
- e. toda a vida é um jogo arriscado e, portanto, a medicina é um jogo arriscado, na qual
- f. um geralmente recebe o que o outro paga (e os seres humanos são dramaticamente

desiguais).

B. A profissão de medicina deve retomar a sua auto-identidade moral e preservar seu próprio comprometimento moral interno não servindo a agenda política de esconder as conseqüências dos recursos limitados ou por defender uma determinada visão de justiça nas alocações dos serviços de saúde.

C. A profissão médica, visto que está focada no sofrimento, na agonia e na morte, deverá ver a sua identidade moral dependente da divulgação franca dos limites da finitude humana, incluindo os limites da moral secular e da bioética. A profissão médica deve procurar a sua própria voz moral.

VII. Em resumo, os médicos são membros da profissão que lida com o sofrimento humano, agonia, e morte. Os médicos podem encontrar uma integridade e totalidade profissional realizada auxiliando nossa cultura ao enfrentar a finitude humana, nossos limites inevitáveis e as desigualdades.

A. Os médicos não devem reduzir as suas perspectivas morais para as supostas aspirações universais e anônimas da bioética que tomaram forma na década de 1970.

B. Os médicos devem reconstruir uma visão moral baseada no algum lugar de experiência clínica.

C. Os médicos não devem aceitar acriticamente a padrões bioéticos da época.