

# Ética, bioética e deontologia em pesquisas envolvendo seres humanos

## *Ethics, bioethics and deontology involving human being researchs*

andré Lorenzon de Oliveira<sup>1</sup>, Flávio Diniz Capanema<sup>2</sup>

### RESUMO

Nas últimas décadas, muito se tem abordado a respeito de questões éticas e morais relativas à saúde. O presente artigo discute conceitos morais e éticos enquanto filosofia moral à luz da atividade médica e como tais conceitos influenciaram os códigos deontológicos médicos e na gênese da bioética. O ideário exposto discute também a bioética como resultado de reflexões às experimentações clínicas em seres humanos e resposta à demanda da necessidade de evolução da ética hipocrática, de tal forma a atender novos paradigmas como alteridade, autonomia e respeito à autonomia da vontade.

**Palavras-chave:** Ética, Bioética, Moral, Filosofia, Deontologia.

### ABSTRACT

*In recent decades, much has been raised about moral and ethical issues related to health. This article discusses ethical and moral concepts as moral philosophy in the light of medical activity and how these concepts influenced the medical codes of ethics and the genesis of bioethics. The above ideas also discusses bioethics as a result of reflections on clinical trials in humans in response to demand and the need for development of Hippocratic ethics, so as to meet new paradigms such as alterity, autonomy and respect for freedom of choice.*

**Key words:** Ethic, Bioethics, Moral, Philosophy, Deontology.

### INTRODUÇÃO

Em várias áreas do saber, se argumenta da necessidade de um debate ético. No universo empresarial discute-se ética dos negócios, os administradores públicos se regozijam em asseverar a “transparência” das despesas públicas e da ética na gestão, o poder legislativo por meio de suas câmaras de representantes, debate ética na política, embora muitas vezes, não transluz a pragmática efetividade.

Em verdade, no século passado, o mundo vivenciou o mandamental apogeu da tecnocracia. O conhecimento científico produzido corroborou o desenvolvimento de cultivares de baixo custo e alta resistência e produtividade. Desenvolveram-se vacinas e tratamentos efetivos contra diversas enfermidades. Não obstante, a fome, doenças carenciais e infecto-contagiosas ainda são endêmicas em diversas regiões. Neste paradigma há de se considerar não apenas da pertinência e oportunidade, mas também da imperatividade de uma reflexão axiológica.

<sup>1</sup>Doutorando em Bioética pela Universidade do Porto (Portugal), Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais e Membro da Gerência de Pesquisa da FHEMIG

<sup>2</sup>Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG, Membro Ad Hoc do Comitê de Ética em Pesquisa da FASEH e Gerente de Pesquisa da FHEMIG

É fato que as sociedades contemporâneas reclamam por esta interlocução ética o que pode ser comprovado nos discursos de ética na mídia, ética no meio ambiente, ética na política, ética nos negócios, enfim, as chamadas éticas aplicadas. Para Jacqueline Russ (1999), há um ambiente propício às discussões sobre filosofia moral:

*“Tudo parece anunciar, hoje, um retorno da filosofia ética: desenvolvimento de novas correntes de pensamento, renascimento do debate ético e multiplicação das discussões [...] tudo se passa como se os anos atuais fossem os da renovação ética, os dos “anos da moral”, aparecendo o estandarte dos valores axiológicos como a referência última de nossas sociedades democráticas avançadas [...] e a demanda de moral parece crescer indefinidamente. Cada dia, um novo setor da vida se abre à questão do dever.” (Russ, 1999, p.5)*

Neste cenário ávido por reflexões axiológicas, erigiu-se a bioética na década de 1970. Inicialmente como uma tentativa de discutir e atenuar questões morais atinentes às pesquisas médicas, que até então eram discutidas sob a ótica da casta de profissionais que realizavam as pesquisas, o horizonte deontológico médico.

A bioética propõe o diálogo como forma de elisão de conflitos morais, como a ética discursiva, convidando ao debate todos os potenciais e efetivos interessados, quando numa condição de simetria, possam arrazoarem e contra arrazoarem seus valores e fundamentos. Jacqueline Russ (1999) ressalta o Princípio da Comunicação sustentado por Habermas pelo qual na intercomunicação se estriba a ética, vez que a comunicação fornece o paradigma de uma moralidade com fulcro na reciprocidade:

*“Habermas associa, pois, ética e princípio da comunicação transparente. É a razão comunicativa – concebida como potência intersubjetiva procedendo por meio de regras transparentes e imparciais – que rege a abordagem de Habermas, a qual se refere às normas de utilização do discurso, que permitem aceder ao campo ético”. (Russ, 1999, p.57).*

## A ÉTICA ENQUANTO FILOSOFIA MORAL E FUNDAMENTO DE PRECEITOS MORAIS

Para se apreciar uma manifestação de juízo de valor, há que se compreender a ética como base

estruturante para o posicionamento axiológico. A ética é o ramo da filosofia que se dedica ao estudo dos valores e da moral. Para Adela Cortina (2005, p.9), a ética ou filosofia moral, refletindo questões morais desdobra conceitos e argumentos de tal sorte a compreender a dimensão moral do ser humano, aumentando assim o conhecimento sobre nós mesmos e nesta condição alcançando um maior grau de liberdade. “Em suma, filosofamos para encontrar sentido para o que somos e fazemos e buscamos sentido para atender aos nossos anseios de liberdade, pois consideramos a falta de sentido como um tipo de escravidão”.

Doutrina ainda a comemorada autora, a ética como um tipo de saber indiretamente normativo no sentido de que se propõe a orientar as condutas humanas, enquanto a moral oferece ações específicas para situações concretas. Destarte, a ética enquanto filosofia moral tem por elemento teleológico “esclarecer reflexivamente o campo da moral” de tal modo a orientar racionalmente para o apontamento da conduta moralmente pertinente.

*“Desde suas origens entre os filósofos da Grécia, a Ética é um tipo de saber normativo, isto é, um saber que pretende orientar as ações dos seres humanos. A moral também é um saber que oferece orientações para a ação, mas enquanto ela propõe ações concretas em casos concretos, a Ética – como Filosofia moral – remonta à reflexão sobre as diferentes morais e as diferentes maneiras de justificar racionalmente a vida moral, de modo que sua maneira de orientar a ação é indireta: no máximo, pode indicar qual concepção moral é mais razoável para que, a partir dela, possamos orientar nossos comportamentos.” (Cortina, 2005, p.9).*

Isto posto, há de se entender a ética mais teórica que a moral, vez que aquela se propõe a refletir e a erigir os fundamentos desta. Conforme leciona Jacqueline Russ (1999), a ética se esmera em desconstruir as normas de conduta que formam a moral, bem como os juízos de valores entranhados nestas normas. Enquanto a moral se caracteriza por um conjunto de regras próprias de uma cultura que logicamente refletem os valores de uma sociedade, a ética perfaz uma “metamoral”, uma doutrina que racionalmente teoriza o porquê, a fundamentação daquela regra de conduta.

*“A ética desconstrói as regras de conduta, desfaz suas estruturas e desmonta sua edificação, para se esforçar em descer até os fundamentos ocultos da obrigação. Diversamente da moral, ela se pretende pois de desconstrutora e fundadora, enunciadora de princípios ou de fundamentos últimos. Por sua dimensão mais teórica, por sua vontade de retornar à fonte, a ética se distingue da moral e detém uma primazia em relação a esta última. Concerne à teoria e à fundamentação, às bases mesmas das prescrições ou juízos morais.” (Russ, 1999, p.8).*

## DEONTOLOGIA MÉDICA

Do exposto, infere-se que a deontologia, enquanto conjunto de regras de conduta esteja mais voltada à moral que à ética. Neste sentido, os códigos deontológicos de castas profissionais, prima *facie*, ensejam o entendimento de representantes de determinada profissão, quanto em face de situações pertinentes as suas atividades, prescrevendo as condutas que entendam moralmente aceitas para aquelas situações específicas. Certamente que a apreciação ética da regra de conduta posta, *a priori*, fundamentaria o valor traduzido ou contido naquela norma.

O código de ética médica brasileiro de 1929 tinha a denominação Código de Moral Médica. Ao meu entendimento, uma denominação mais acertada que código de ética médica, pois reflete a deontologia como elemento verdadeiramente teleológico do texto, qual seja, o caráter mandamental de um código prescritivo de condutas, comissivas ou omissivas.

Como se altera o universo onde determinada regra de conduta é posta, é possível que esta regra perca sua eficácia ou mesmo deixe de existir, sem que se alterem os princípios que a fundamentam. Outra situação é aquela na qual a prescrição deontológica careça de fundamentação ética ou apresente valores ténues, talvez conveniências. Se não vejamos: o Código de Moral Médica de 1929 dispunha em seu artigo 25:

*“O médico, sua mulher, assim como seus filhos, enquanto se encontrem sob o pátrio poder, têm direito aos serviços gratuitos dos médicos residentes na localidade e cuja assistência solicitem. Gozam de igual privilégio o pai, a mãe e outros parentes, sempre que residam na mesma casa e se encontrem visivelmente sob a imediata proteção do médico.”*

De sua leitura depreende-se que os dispositivos contidos foram estatuídos numa época em que a medicina era exercida de uma forma eminentemente liberal, com mínima intervenção estatal. Não havia também, de forma significativa, intermediação da cobrança dos serviços médicos por seguradoras ou operadoras de planos de saúde, de tal forma que o médico cobrava pelo ato realizado diretamente do paciente ou seu responsável, ou exercia o ato médico de forma absolutamente graciosa.

Atualmente quase a totalidade de médicos no Brasil é contratante de seguradoras ou operadoras de planos de saúde, donde se entende que grande parte se serviços médicos prestados à médicos, são remunerados por estas empresas, ou pelo SUS em serviços públicos, de tal sorte que é incomum realizar um ato médico em um médico, sem ser remunerado. Destarte, tal dispositivo não se faz mais presente no atual Código de Ética Médica, perdendo, portanto, seu caráter impositivo, obrigacional, enquanto norma. Sob uma apreciação da filosofia moral, aquela prescrição de 1929 não apresentava robusta fundamentação ética, como a observância a princípios como a dignidade da pessoa humana ou alteridade, tratando-se apenas de costume que também é fonte e expressão da moral. Etimologicamente de origem latina, moral é relativo a costumes.

Fato é que médicos, ainda hoje, quando assistem um médico numa relação liberal sem intermediação de remuneração, consuetudinariamente não propõe honorários, mesmo sem o elemento mandamental do Código de Ética Médica, o que caracteriza uma norma moral, mas não uma norma deontológica, portanto não exigível deontologicamente.

## BIOÉTICA E ÉTICA HIPOCRÁTICA COMO FUNDAMENTOS AXIOLÓGICOS

Fundamental mudança paradigmática na deontologia médica deu-se a partir da segunda metade do século passado, pois os valores postos até então passaram a ser questionados. O vasto incremento de tecnologia na medicina, demandas sociais e a propulsão de direitos fundamentais de 3ª geração foram decisórios na transformação da prática médica. Esta transição do modelo tradicional hipocrático ainda provoca discussões e questionamentos.

Faz-se oportuna a exposição da matéria por meio da apreciação de textos deontológicos. Publicado

na Gazeta Médica da Bahia (1867), uma tradução do Código de Ética Médica da Associação Médica Americana prescrevia:

“§5º - O doente nunca deve fatigar o médico com a narração enfadonha de factos ou assumptos que não tenham relação com a moléstia. Mesmo referindo-se aos symptomas actuaes, dará informações mais uteis respondendo claramente ao interrogatório, do que com a descrição minuciosa de sua organização. Nada importariam ao seu medico as minuciosidades de suas ocupações, nem o que diz respeito a historia de sua família.

§6º - A obediência do doente às prescrições de seu médico deve ser prompta e explícita. Nunca deve permitir que sua opinião incompetente sobre a conveniência d'ellas influa sobre a obediência que lhes devem prestar.”

O primeiro código deontológico adotado no Brasil, Código de Moral Médica, tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Medico Latino-Americano feita pelo Dr. Cruz Campista<sup>1</sup> em seu capítulo 1 “Dos deveres dos médicos para com os enfermos”, prescrevia em seu artigo 4º: “O médico, em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas enquanto não se oponham as exigências do tratamento(...)”. Ainda no capítulo 12 “Preceitos que se recomendam ao publico seguir em beneficio dos enfermos e da harmonia que deve reinar entre o grêmio médico”:

“7º - Os enfermos não devem fatigar o médico com narrações de circunstância e fatos não relacionados com afecção.

8º - O enfermo deve implícita obediência às prescrições medicas, as quais não lhe é permitido alterar de maneira alguma. Igual regra é aplicada ao regime dietético, ao exercício e qualquer outras indicações higiênicas que o facultativo creia necessário impor-lhe.”

Sobre o mesmo assunto têm-se as manifestações:

“Eu penso que há até o direito de se operar sempre. Até contra vontade do doente. Penso e tenho-o feito. (...) Por duas vezes no hospital fiz adormecer doentes contra sua vontade, mantidos à força pelos seus vizinhos válidos. Operei-os e salvei-os (...)”. (Faure, 1929)

“Faz tudo ocultando ao doente a maioria das coisas (...) distrai a sua atenção. Anima-o sem

*lhe mostrar nada do que se vai passar nem do seu estado actual...” (Hipócrates)*

Tais assertivas têm por paradigma a ética hipocrática, perdurou cerca de 2500 anos, cujos princípios básicos são a beneficência e a não maleficência. Estes princípios que foram o fulcro da ética médica por séculos, se manifestam pela postura do médico em proceder de tal forma a fazer o bem a seu paciente, ou a evitar que ocorra o mal, por suas ações e condutas fundamentadas em seu conhecimento empírico-científico, em detrimento do respeito à manifesta vontade do enfermo.

Assim assevera Fernando Lolas (2001, p.65-66):

“A tradição médica ocidental, especialmente desde a introdução do cristianismo, designou a certos papeis sociais, como o do médico, a obrigação da beneficência. De fato, alguns ofícios, que exigem “vocaçào” especial, são “éticos” por implicar uma forma de exercício particularmente vinculada ao bem público. No caso da medicina, ela se traduz em buscar o bem a quem sofre, seja em quem for e em qualquer circunstância. No exercício da medicina, esta beneficência foi historicamente acompanhada de uma restrição da autonomia das pessoas que caem enfermas. Algumas das características do “estar doente” como papel (role) social, são a dependência e a necessidade de buscar ajuda competente. O doente é temporariamente liberado de suas obrigações sociais, mas se espera que se faça todo o possível para curar. Em outras ações, espera-se que se entregue a profissionais competentes. Chama-se paternalismo a beneficência sem autonomia, que caracterizou a medicina ocidental desde os escritos hipocráticos”

E ainda quanto a não-maleficência:

“Essencialmente, a obrigação corporificada nesse princípio é a de não causar danos intencionais. Alguns autores o consideram o mais básico e fundamental da ética médica. Uma de suas mais antigas versões se encontraria no preceito hipocrático *Primum non nocere*, primeiro não causar danos” (Lolas, 2001, p. 63)

Do exposto, a grande crítica à ética hipocrática, é o fato de não considerar o paciente enquanto ser autônomo capaz de auto determinar-se, como se lhe fosse imposta uma condição de hipossuficiência,

em face de sua vulnerabilidade conferida pela enfermidade apresentada. Em verdade, a autonomia, e consequentemente a observância e o respeito à manifestação de vontade, enquanto exercício desta autonomia é *prima facie* a regra; e a situação de hipossuficiência, a exceção.

Se no passado como se pouco podia fazer ao paciente não havia tantas questões éticas postas, e eram elididas à luz do modelo hipocrático. Com a evolução tecnológica, a capacidade de curar doenças, prolongar ou mesmo dar início à vida, transplantação de órgãos, diagnóstico de anomalias intra-útero emergiram novas questões que não foram atendidas razoavelmente. Em regiões de maior nível sócio-cultural, a classe médica compreendeu que o exercício profissional não era apenas a ciência médica aplicada, que decisões sempre envolvem juízos de valores que não apenas cura e prolongamento da vida, mas também a qualidade de vida. Para o professor Rui Nunes (2009, p.30):

*“Em síntese, a suspensão ou abstenção de meios desproporcionados de tratamento – incluindo a reanimação cardíaco-pulmonar e as ordens de não-reanimar – são hoje, prática corrente em todo o mundo ocidental, cristalizando a noção de que vida humana merece ser sempre respeitada na sua dignidade, sobretudo no final da existência. Ainda que tradicionalmente não seja obtido o consentimento informado tem-se generalizado progressivamente a noção de que mesmo nestes casos de deve envolver o paciente no processo de decisão, de modo a esclarecê-lo devidamente sobre as circunstâncias envolvidas na terminalidade da sua vida.”*

De forma iconoclástica, surge a bioética na década de 1970, como uma manifestação em face de experimentações clínicas, que até então aceitas, passaram a ser questionadas como violadoras de princípios éticos, como por exemplo, o estudo observacional de sífilis em Tuskegee - EUA, 1932 a 1972 quando em uma pesquisa financiada pelo governo federal, 399 portadores da doença permaneceram sem tratamento e sem informações a respeito da patologia, a fim de se estudar os efeitos em longo prazo, lembrando-se que a penicilina adveio da década de 1930 e o princípio do consentimento informado fora formulado na Declaração de Nuremberg em 1947.

Em 1966 Henry K. Beecher, professor de medicina de Harvard publicou comemorado artigo demonstrando que nos EUA, eram comum abusos e

agressões contra a saúde e a autonomia de pacientes em pesquisas clínicas, praticados principalmente em pessoas vulneráveis como soldados, prisioneiros, doentes mentais, e grupos étnicos, com crassa violação aos princípios da beneficência, não maleficência e do consentimento informado (Beecher, 1966). Também denominada ética biomédica, a bioética passou a influenciar a *práxis* médica. Segundo Alexander (1962), quando da criação do primeiro centro de hemodiálise nos EUA, Seattle, não havendo disponibilidade de vaga para todos os pacientes, criou-se um comitê composto por médicos e leigos que definiria critérios e selecionaria os pacientes a serem tratados. O comitê de Seattle foi um marco definidor na transição da ética hipocrática para a bioética como fundamentos deontológicos.

O termo bioética foi descrito pelo oncologista Van Renssler Potter, EUA, e divulgado pela obra “Bioética: ponte para o futuro” em 1971. Sua atividade profissional como oncologista foi importante para o desenvolvimento de sua obra vez que o tratamento de seus pacientes e as demandas apresentadas não era plenamente atendidas pelas medidas tradicionalmente disponíveis, fazendo-se necessário buscar uma ética científica capaz de propor soluções. A partir do advento da bioética e por meio de sua divulgação juntamente com a filosofia moral erigida com substancial fundamentação sob a ética Kantiana, o princípio da autonomia, da dignidade da pessoa e consequentemente o consentimento informado, foram divulgados na medicina incorporando valores à deontologia.

*“(…) no exercício da medicina, torna-se impossível pautar a conduta apenas pelas normas do código profissional, pois alguns dos problemas que podem se apresentar nem sempre foram abordados. A reflexão sobre um conflito moral no exercício da profissão, realizada sob o referencial do código deontológico, será, provavelmente, uma visão míope e muito restrita da problemática ética nele contido. Daí a necessidade da ética propriamente dita e dos seus conceitos de dignidade e autonomia (…)” (Constantino, et al., 2008, p. 262)*

Tanto a pesquisa biomédica quanto a medicina assistencial assimilaram estes princípios, os quais foram recepcionados nos códigos deontológicos. “Informed consent is a fundamental principle that has marked the emergence of modern medical ethics based on personal autonomy.” (UNESCO, 2007)

## CONCLUSÃO

A análise bioética, à luz de seus princípios, proporciona uma série de benefícios quando cotejada à hipocrática. Provê razoável orientação para o exercício do ato médico e problematiza a questão ética de forma sistematizada, quando da observância de princípios como justiça e autonomia. Assim como a filosofia moral, a bioética se apresenta como fundamento para discussão de conflitos morais, ensejando modelos mais eficientes que a deontologia tradicionalmente disposta em códigos, embora esses códigos já contenham princípios bioéticos e éticos entranhados em seus dispositivos.

Há que se considerar por inarredável a importância dos experimentos envolvendo seres humanos enquanto sujeitos de pesquisa para a gênese da bioética. Se em nosso país hodiernos instrumentos normativos tutelam a dignidade da pessoa enquanto sujeito de pesquisa, como por exemplo, a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; em outros de maior IDH observou-se crasso desrespeito aos sujeitos de pesquisa.

Destarte, fora criada nos USA, em 1974 a Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos nas Pesquisas Biomédicas e Comportamentais. Em 1978, a comissão apresentou relatório dos trabalhos realizados e que foi intitulado: *Relatório Belmont: Princípios Éticos e Diretrizes para a Proteção de Sujeitos Humanos nas Pesquisas*. O relatório estabeleceu os princípios éticos fundamentais para direcionar condutas consideradas aceitáveis em pesquisas que envolvessem participantes humanos. Estes princípios – respeito pelas pessoas, beneficência e justiça – têm sido aceitos desde então como os 3 princípios fundamentais para nortear o desenvolvimento de pes-

quisas éticas envolvendo participantes humanos. O *Belmont Report* subsidiou de forma cabal a bioética principialista assim como a deontologia médica, os Termos de consentimento livre e esclarecido até então restritos às experimentações, tomaram importante posição junto à medicina assistencial, e conceitos como alteridade e autonomia obtiveram a devida valorização e respeito.

## REFERÊNCIAS

1. Alexander, S: They decide who lives: who dies, *Life*; nov. 1962.
2. Beecher H K: Ethics and clinical research, *New England Journal of Medicine* 274, 1966: 1354-1360
3. Boletim do Sindicato Medico Brasileiro, 8, 1929, p. 114-123.
4. Código de Ética Médica Adaptado pela Associação Médica Americana, *Gazeta Médica da Bahia* 2; 32, 1867: 89.
5. Código Moral Médica, *Boletim do Sindicato Medico Brasileiro* 8; 1929: 114-123.
6. Constantino C F, Barros J C R, Hirschheimer M R: Cuidando de crianças e adolescentes: sob o olhar da ética e bioética, Atheneu, São Paulo, 2008.
7. Cortina A, Martínez E: *Ética*, Loyola, São Paulo, 2005.
8. Faure J L: A alma do cirurgião, 1929 apud Oliveira G., Pereira A.D.: *Consentimento informado*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, 2006.
9. Hipócrates: Sobre a decência apud Oliveira G., Pereira A.D.: *Consentimento informado*, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, 2006.
10. Lolas F: *Bioética: o que é, como se faz*, Loyola, São Paulo, 2001.
11. Nunes, R: Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. *Revista Bioética* 17; 3, 2009: 30-39.
12. Russ, J: *Pensamento ético contemporâneo*. Paulus, São Paulo, 1999.
13. UNESCO: Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on Consent. Nairobi, 2007.