

Conhecimento dos médicos do Estado de São Paulo e considerações sobre o Código de Ética Médica

Mário César Scheffer¹, Desiré Carlos Callegari²

Resumo

Em vigor desde 13 de abril de 2010, o Código de Ética Médica (CEM) brasileiro atualizou o documento de 1988, aperfeiçoou a redação de artigos, inseriu novos contextos e destacou os princípios fundamentais da ética. O artigo, além de abordar aspectos históricos e tecer considerações sobre o novo Código de Ética, conclui que houve ampla aceitação pelos médicos, reforçando sua utilidade como fonte permanente de consulta. Um ano após sua entrada em vigor, o CEM já integrava a rotina dos médicos, sendo que todos estavam cientes de sua publicação e a maioria já o havia consultado, três vezes em média, segundo dados primários de levantamento feito pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, analisado pelos autores.

Palavras-chave: Códigos de ética. Ética médica.

Resumen

El conocimiento de los médicos del Estado de São Paulo sobre el Código de Ética Médica

En vigor desde el 13 de abril de 2010, el Código de Ética Médica (CEM) brasileño actualizó el anterior, del 1988, perfeccionó la redacción de artículos, introdujo nuevos contextos y destacó los principios fundamentales de la ética. Además de abordar los aspectos históricos y hacer análisis sobre el nuevo Código de Ética, el presente trabajo llegó a la conclusión de que este fue ampliamente aceptado por los médicos, fortaleciendo su utilidad como una fuente permanente de consulta. Un año después de su entrada en vigor, el CEM ya formaba parte de la rutina de los médicos, siendo que todos tenían conocimiento de su publicación y la mayoría ya lo había consultado tres veces, en promedio, según datos primarios de un estudio hecho por el Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo y analizados por los autores.

Palabras-clave: Códigos de ética. Ética médica.

Abstract

Knowledge of physicians in the state of São Paulo regarding the Code of Medical Ethics

In force since April 13, 2010, the Brazilian Code of Medical Ethics (CEM) updated the 1988 document, improved the writing of articles, inserted new contexts and highlighted the fundamental principles of ethics. The article, besides addressing historical aspects and considerations on the new Code of Ethics, concludes that there was wide acceptance by doctors, strengthening its usefulness as a source of permanent consultation. One year after starting to be effective, CEM was already part of doctors' daily routine, with everyone being aware of its publication and most of them would already have consulted the code three times in average, according to primary survey data carried out by the Regional Medicine Council of São Paulo State, analyzed by the authors.

Key words: Codes of ethics. Ethics, medical.

1. **Doutor** mscheffer@uol.com.br – Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil 2. **Doutorando** desirecc@terra.com.br – Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo/SP, Brasil.

Correspondência

Mário César Scheffer – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, Cerqueira César CEP 01246903. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Resultado de intenso debate e ampla consulta pública, a atualização do Código de Ética Médica (CEM) brasileiro, em vigor desde 13 de abril de 2010, preservou a essência do código anterior, de 1988, surgido na esteira das conquistas sociais da redemocratização que, por sua vez, resultou na Constituição Federal (CF) e na consagração da dignidade humana, dos direitos fundamentais, do estado de direito, da liberdade, da igualdade e da justiça.

A revisão do CEM foi aprovada em agosto de 2009, com a participação de cerca de 400 delegados, entre conselheiros federais e regionais de medicina, membros de sindicatos, sociedades de especialidades, representantes de outras entidades médicas e especialistas em ética e bioética. O processo revisor contou ainda com três conferências nacionais sobre ética médica, sendo recebidas em consulta pública pela internet 2.677 sugestões de médicos, demais profissionais de saúde e entidades da sociedade civil organizada.

Em relação ao anterior, o novo texto aperfeiçoou a redação de artigos, removeu obscuridades ou duplicações, inseriu novos contextos e destacou os princípios fundamentais da ética. Atendeu o que se espera de um código que pode ser definido como o conjunto de padrões de conduta moralmente aceitos e esperados pelo grupo social que o elaborou, circunscrito em determinado momento histórico e voltado a manter, promover e preservar o prestígio, a unidade, os valores, os deveres e as virtudes da profissão médica^{1,2}.

O CEM é, assim, um produto da “ética normativa” que busca responder à questão: *quais são as normas gerais que devem ser moralmente aceitas – e por quais motivos – para a orientação e avaliação da conduta profissional do médico?* Ou mesmo um produto da “ética prática”, que lança mão de teorias gerais utilizadas em julgamentos morais e em avaliações de condutas específicas, aplicada em vários campos, notadamente nas políticas públicas e nas profissões^{3,4}.

Não foram poucas as novas questões éticas decorrentes da evolução de conhecimentos e práticas na medicina ao longo das últimas décadas. Além de atentar para as mudanças sociais, jurídicas e científicas, a revisão do CEM pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) considerou os códigos de ética de outros países e absorveu elementos de jurisprudência, posicionamentos que integram pareceres, decisões do Judiciário, definições das comissões de ética locais, bem como resoluções éticas do próprio CFM e dos conselhos regionais de medicina (CRM).

Aos códigos tradicionais da ética médica, como o juramento de Hipócrates, e aos princípios bioéticos fundamentais da medicina, especialmente a compaixão, a beneficência, a não maleficência, o respeito às pessoas e a justiça somaram-se ainda conceitos e teorias relacionados aos direitos humanos e à discussão bioética recente.

Um código de ética não pode ser determinado apenas pela profissão médica. Deve ser capaz de absorver os regulamentos que regem a sociedade na qual os profissionais de medicina estão inseridos⁵. O CEM está, portanto, subordinado à Constituição, às leis, às exigências morais e aos anseios éticos da sociedade brasileira. Responde, assim, às exigências de uma concepção democrática da responsabilidade profissional, que envolve a dimensão ética, mas também a filosófica, social e política⁶.

Além da abordagem dos aspectos históricos e considerações sobre o CEM, serão a seguir apresentados dados de levantamento sobre o seu conhecimento e utilização pelos médicos.

Método

Para a análise crítica de conteúdo, aspectos históricos, comentários e considerações sobre o CEM, o presente artigo realizou revisão bibliográfica nacional e internacional a partir de pesquisa nas bases de dados PubMed e Bireme. Para avaliar o nível de conhecimento e utilização do Código pelos médicos, foi utilizado o banco de dados do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) referente à pesquisa de opinião quantitativa, realizada pela instituição com médicos naquele estado.

Com abordagem telefônica dos entrevistados, conforme questionário estruturado, o estudo coletou a opinião dos médicos paulistas em amostra probabilística de 644 integrantes, representativa da população de 103.695 médicos em atividade no estado. A seleção da amostra foi proporcional aos estratos de sexo (masculino/feminino), faixas etárias (25-34; 35-44; 45-59, 60-80 anos) e região de atuação ou domicílio (capital, Grande São Paulo e interior). O trabalho de campo foi realizado entre os dias 16 de fevereiro e 11 de março de 2011. A pesquisa feita pelo Cremesp incluiu questões relacionadas à satisfação profissional, opiniões e relacionamento dos médicos com instituições. O presente artigo utilizou os dados gerados pela pesquisa referentes ao Código de Ética Médica.

Aspectos históricos

Além de criar instâncias de autorregulação, definindo regras éticas de acesso e permanência na profissão, os médicos passaram, ao longo do tempo, a redigir códigos de deontologia a serem seguidos por seus pares. São regras éticas para a conduta profissional geralmente reconhecidas pelo Estado e aceitas pela sociedade. Assim surgiram os estatutos médicos na Bélgica (1849), na Inglaterra (1858), na França (1892) e na Alemanha (1935), dentre outros. Ao abordar preceitos éticos e firmar o lugar da medicina, tinham o objetivo de se opor a todo poder administrativo exterior que tentasse regular e interferir nas práticas médicas.

No Brasil, o primeiro registro deontológico, datado de 1867, consistia em uma tradução, feita pela *Gazeta Médica da Bahia*, do Código da Associação Médica Americana (AMA) ⁷. Nessa época, era significativa em todo o mundo a influência de Thomas Percival, autor de *Medical ethics*. Esta obra seminal, considerada o marco inicial da deontologia médica, foi redigida em 1792 e publicada em 1803 como regulamento de um hospital da Inglaterra – o Manchester Royal Infirmary.

Coube a Percival defender uma ética mais normativa, preservando os fundamentos doutrinários da ética hipocrática. Sem abandonar as virtudes, acrescentou os direitos e as obrigações profissionais. Em 1948, com a criação da Associação Médica Mundial (AMM), foi editado o Código Internacional de Ética Médica, balizador das normas de conduta médica em vários países ⁸.

Além do código da AMA (1867), o Brasil contou posteriormente com outras traduções – como a realizada pelo Sindicato Médico Brasileiro a partir do Código de Moral Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Latino-Americano em 1929 ⁷. O país contou também com códigos adaptados, como o produzido durante o I Congresso Médico Sindicalista, em 1931, ou mesmo com o documento aprovado durante o IV Congresso Médico Sindicalista em 1944 ⁷.

Em 1953, a Associação Médica Brasileira (AMB) produziu o primeiro Código de Deontologia Médica ⁷, integrado logo depois pelo CFM, o recém-criado conselho julgante e fiscalizador da ética médica, conforme a Lei Federal 3.268, de 1957. Desde então, o CFM assumiu a prerrogativa de atualizar as normas éticas, tarefa realizada durante congresso que reúne os conselhos regionais de medicina.

Em 1965, foi editado novo código, que vigorou até 1984, ano em que foi promulgado o chamado Código Brasileiro de Deontologia Médica ⁷. Com vigência curta por ter enfrentado resistências generalizadas e ter sido redigido *de forma centralizada e quase sigilosa* ⁹ pelo Conselho Federal de Medicina da época, o código de 1984 foi revisto três anos depois, na histórica Primeira Conferência Nacional de Ética Médica, em 1987. O documento elaborado neste encontro foi lançado no ano seguinte, período de abertura democrática com positivas mudanças no cenário político nacional.

No decorrer do século XIX importantes achados modificaram o conhecimento científico e delegaram aos médicos preponderante papel. A descoberta dos vetores das doenças (por exemplo, a descoberta dos bacilos por Koch, e das bactérias e micróbios por Pasteur) permitiu avanços na saúde pública e possibilitou melhores intervenções dos médicos, especialmente em cirurgias, uma vez que eles mesmos deixaram de ser os agentes de infecções. O progresso nos diagnósticos, com a ajuda da Química e da Biologia, e a observação mais precisa proporcionada pelo microscópio e pelo estetoscópio são outros exemplos que contribuíram para o avanço da medicina eficaz e para o consequente aperfeiçoamento dos códigos de ética ¹⁰.

Após seu desenvolvimento científico, a medicina conheceu uma mudança decisiva no seu *status*, adquirindo plena autoridade sobre o adoecimento e o tratamento. Essa evolução foi acompanhada de uma posição chamada pelos sociólogos que estudam os processos característicos das sociedades modernas de *status* de profissão. Segundo alguns autores, a medicina é considerada o protótipo da profissão ¹¹. Assim, os médicos distinguem-se dos outros profissionais pelo alto nível de formação abstrata e especializada e por uma orientação voltada a atender a população, que corresponde à ideia de vocação.

Durante décadas, os códigos de ética mantiveram o domínio da profissão, protegida das mudanças culturais. A tradição hipocrática, remodelada pela investigação filosófica nos anos 60, passou a seguir por um período em que teorias morais concorrentes começam a desafiar a primazia dos princípios. Na atualidade, os códigos atuais convivem com novas tensões, pois a ética médica tornou-se assunto de maior interesse público. Com isso, princípios têm sido questionados; os suportes morais, enfraquecidos; e os preceitos, desmontados, tornando os códigos suscetíveis à reformulação ¹².

Princípios fundamentais

A maioria dos códigos de ética médica, do Brasil inclusive, tem forte influência dos princípios tradicionais que regem a prática médica desde o juramento de Hipócrates: a honestidade e a competência do médico, sua obrigação de preservar a vida e de não prejudicar os pacientes, mas sim de respeitar seus interesses, privacidade e confidencialidade, sempre com zelo e dedicação¹³.

O atual CEM brasileiro é composto por 25 princípios fundamentais que regem a prática médica, 10 normas relacionadas a direitos e 118 normas sobre deveres dos médicos, além de quatro disposições gerais. Seus incisos I e II, Capítulo I (Princípios fundamentais), definem que a Medicina é: *uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza (...). O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional*¹⁴.

Desta forma, foi preservada a dupla finalidade da deontologia médica, que supõe a autonomia da prática profissional e também sua regulação. Por isso, o CEM serve de referência para a atuação judicante dos conselhos de medicina, ao mesmo tempo em que é o guia dos médicos em sua prática cotidiana, quer na clínica, no ensino, na pesquisa ou em estabelecimentos que prestam assistência médica.

Subordinado à Constituição Federal e à legislação brasileira, o novo CEM reafirma os direitos dos pacientes e a necessidade de informar e proteger a população assistida. Adicionalmente, enfatiza que o respeito pela vida não é exclusividade do médico, mas é particularmente aplicável a ele. Por isso, em nenhuma hipótese, pode renunciar à sua liberdade profissional ou permitir restrições e imposições que prejudiquem a sua atuação a serviço do bem-estar do paciente.

A medicina no Brasil, bem como na maioria dos países, é uma profissão instituída, com representação clara, fundamentada no caráter único e nacional do diploma obrigatoriamente inscrito em conselho profissional. Em reconhecimento ao saber médico, é reservado o exercício da medicina apenas aos titulares de diplomas habilitados pelo Ministério da Educação. Embora a medicina tenha esse *status* bem identificado e haja percepção relativamente homogênea de suas características e atividades,

existem ameaças e obstáculos a esse reconhecimento. O CEM atualizado, portanto, tem também o papel de preservar as dimensões e os parâmetros ditos essenciais da medicina.

O CEM constitui mecanismo de autorregulação que promove a ética, protege a população e é capaz de inibir imposições do mercado ou do Estado sobre a profissão, que tem uma representação comum e compartilhada pelos profissionais¹⁵. Para sua plena expressão, necessita ser sustentado por um mecanismo de sanções éticas e profissionais – atribuição dos conselhos de medicina, que funcionam como tribunais éticos.

É fato que o modelo de medicina liberal, na condição de exercício individual revestido de grande autonomia, há muito deixou de ser referência na prática médica. Ainda assim, tem prevalecido a competência do médico em definir o que é doença e como tratá-la^{11,16}.

Se for correto afirmar que estamos diante de uma ocupação cujo exercício é ditado por pares – materializado por um código de conduta – e parcialmente controlado e referendado pelo Estado, também não se pode deixar de considerar que o mercado e a evolução dos sistemas de saúde têm hoje em dia forte influência sobre as formas de organização dos médicos. Tal fato ocorre devido aos interesses comerciais que atualmente envolvem o mercado da saúde, os financiadores e as precárias condições oferecidas pelos empregadores privados e pelos gestores públicos. Diante dessas múltiplas confluências de interesses, os profissionais desta classe têm cada vez mais dificuldade em firmar a autonomia de suas práticas e a defesa de seus princípios.

Não por acaso o CEM busca, nos incisos IX e X, Capítulo I dos mesmos Princípios fundamentais, preservar a essencialidade da profissão: *A Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio (...). O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa*¹⁷.

Autonomia e liberdade

O CEM brasileiro não deve ser reduzido a um instrumento de defesa ou de enquadramento da corporação médica. Até porque, com a ampliação da assistência coletiva e a intervenção do Estado, a prática médica migrou do exercício individual com plena autonomia – o médico trabalhava onde que-

ria, nos horários que escolhia e com a remuneração que determinava – para uma prática contratualizada, em organismos públicos e privados. Com isto, os médicos tornaram-se, de certa forma, reféns de empregadores e de intermediadores do trabalho médico – o que tem enorme influência, tantas vezes negativa, na prática e na garantia plena da ética. Por tais razões, o CEM enfatiza, no inciso III, Capítulo I dos Princípios fundamentais, que *para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa* ¹⁴.

Idealmente dotado de inteligência científica relacionada à competência, focalizada sobre os problemas técnicos a serem solucionados (por exemplo, o diagnóstico, a terapêutica, a compreensão do mecanismo biológico, a interpretação de dados), o médico precisou ficar cada vez mais atento ao contexto de seu trabalho e à defesa dos interesses e direitos dos pacientes ¹⁸. Nesse sentido, o CEM, embora obrigue o médico a utilizar em favor do paciente todos os meios disponíveis para diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e ao seu alcance, também afirma, no inciso IV, Capítulo II (Direitos dos médicos), que é direito do profissional: *Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina* ¹⁷.

O médico, que antes sofria mais influência da evolução da ciência, passou a ser influenciado pela regulação dos sistemas e pelas políticas de saúde, ficando suscetível à escassez ou à disponibilidade de recursos públicos e privados, bem como às condições de trabalho e de remuneração. Por isso, o artigo 20 do CEM, Capítulo III (Responsabilidade profissional), veda ao médico: *Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde, interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade* ¹⁹. Além desses, diversos fatores também estão relacionados à atuação profissional do médico. Destacam-se a capacidade técnica, habilidades, bom-senso, motivação, padrões de julgamento, acúmulo de conhecimento,

experiência clínica, tempo dedicado a atualizações, relacionamento com as empresas do complexo produtivo da saúde, nível de especialização, tempo de formado, local de trabalho e convívio com colegas ²⁰.

Diante da velocidade das transformações e do acúmulo de conhecimento científico, os profissionais que não têm oportunidade de capacitação permanente e de educação continuada estarão mais distantes da boa medicina. Em função dessa realidade, o CEM é enfático ao afirmar, em seu inciso V, Capítulo I (Princípios fundamentais), que *competete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente* ¹⁴.

Ao analisar a deontologia médica, desde o juramento hipocrático até os códigos atuais, a atenção se volta bem mais para a responsabilidade individual do médico, a autonomia e a liberdade profissional do que para o compromisso coletivo. Se, por um lado, essa percepção individualista protege o paciente, pode também, por outro, impor dificuldades para a compreensão de decisões em consonância com políticas públicas de saúde e recursos escassos ²¹. De tudo isto se pode depreender que o CEM será sempre um balizador do debate atual, contrapondo, por vezes, os direitos individuais e os interesses coletivos.

O médico, como tomador de decisão ^{22,23}, sofre influência, entre outros fatores, da regulação dos sistemas, das políticas de saúde, da escassez de recursos e das evidências científicas formalizadas em diretrizes médicas. Apesar de condicionada a diversas questões de natureza técnica, ética, moral e legal, a decisão médica está também sujeita a influências circunstanciais. Adicionalmente, a categoria é heterogênea, pois o médico é um trabalhador especializado que participa do mercado de trabalho, no qual se relaciona com os diversos meios e formas de produção de serviços de saúde ^{24,25}.

A autonomia pode ser entendida como o pleno exercício da subjetividade do profissional, haja vista que o ato médico envolve decisão pessoal, além da aplicação do conhecimento científico. Essa é uma preocupação que o CEM enfatiza em seu inciso VII, Capítulo I (Princípios fundamentais): *O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente* ¹⁷.

O médico, além de autônomo, é livre em suas prescrições e atos, os quais julga serem os mais apropriados em cada circunstância. No inciso VIII, Capítulo I (Princípios fundamentais), o CEM afirma que o *médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho*¹⁷. Claro está, porém, que essa liberdade deve ser relativizada, vez que o médico, sem negligenciar seu dever de tratar e cuidar, pode limitar seus atos se isso for necessário para assegurar a qualidade, segurança, eficácia do tratamento e uso racional de recursos. Isto quer dizer, por exemplo, que o profissional de medicina deve ter o bom-senso de observar a legislação e a regulamentação em vigor, de seguir as diretrizes clínicas e os consensos terapêuticos, de prescrever medicamentos genéricos, de considerar o custo-efetividade dos tratamentos e o impacto de suas prescrições para os indivíduos e para o sistema de saúde.

A relação médico-paciente exige confiança mútua. Nesse sentido, o CEM tem a função de promover transformações necessárias na atuação do médico sem negar a autonomia do paciente. Aquele que é alvo da atenção e do cuidado médico passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento. Aqui, trata-se da correção de uma falha histórica da deontologia médica brasileira, que atribuiu ao médico demasiado paternalismo e autoridade, agora substituída pela cooperação, pactuação e busca constante entre a beneficência do ato médico e os interesses do paciente²⁶.

O princípio de liberdade do indivíduo (paciente) é um dos pilares do atual código. No cenário ideal, o paciente é livre para escolher seu médico e aceitar ou rejeitar o que lhe é oferecido, como exames, consultas, internações, atendimento de qualquer espécie, prontuários médicos, participação em pesquisa clínica, transmissão de dados etc. O exercício da liberdade, no sentido de atenuar a assimetria de informações, depende de o paciente receber comunicação justa, clara e adequada. Daí decorre a importância do consentimento informado, livre e esclarecido. Por isso, segundo o artigo 31 do CEM, Capítulo V (Relação com pacientes e familiares), é vedado ao médico *desrespeitar o direito do paciente ou de seu*

*representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte*²⁷.

O CEM amplia o dever do médico de informar²⁸ e garante que o paciente seja ouvido sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas, porém com uma limitação: *desde que não haja iminente perigo de morte*²⁷. O conflito de valores estabelecido pelo código somente tem solução nos casos concretos, desde que assegurado o direito de o paciente decidir sobre si mesmo. Com prudência e bom-senso, pode ser dado maior ou menor peso à autodeterminação do paciente em face do benefício indicado pelo médico.

O médico deve exercer a profissão sem ser discriminado e sem praticar discriminação de qualquer natureza. Além disso, deve praticar a solidariedade entre médicos, ser pessoalmente responsável por seus atos e preservar sua independência profissional. Ou seja, deve atuar livrando-se, em benefício dos pacientes, de influências pessoais ou materiais de empregadores, pagadores, instituições, indústria e outros interesses. Em função dessa livre atuação, o CEM, em seu artigo 68, Capítulo VIII (Remuneração profissional), veda ao médico *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*²⁹.

Atualmente, são impostas restrições excessivas aos médicos, colocando em perigo a confiança essencial na relação médico-paciente. As políticas públicas são deficientes, as práticas privadas são excludentes, os recursos disponíveis são escassos, e a saúde tem sido diminuída à condição de mercadoria, com desenfreada incorporação de novas tecnologias. O CEM considera essa realidade, respeitando ainda as mudanças da sociedade na qual a medicina é praticada e a vontade coletiva da população, a quem os médicos devem sempre servir.

Conhecimento e consulta ao CEM

A quase totalidade (98%) de 644 médicos do Estado de São Paulo entrevistados entre fevereiro

e março de 2011 declarou conhecer o novo CEM que entrara em vigor um ano antes da realização da pesquisa (Tabela 1). Dentre aqueles que declararam

conhecer o CEM, 74% haviam consultado o documento (Tabela 2).

Tabela 1. Conhecimento da existência do novo Código de Ética Médica segundo sexo, faixa etária e região de domicílio dos médicos, Estado de São Paulo, 2011

	Sabem da existência do novo CEM	Não sabem da existência do novo CEM	Nº de médicos/respostas
Sexo			
Masculino	98	2	382
Feminino	96	4	262
Faixa etária			
25-34	96	4	182
35-44	99	1	140
45-59	98	2	208
60-80	97	3	114
Região do Estado de São Paulo			
Capital	98	2	327
Grande SP	94	6	47
Interior	97	3	270
Total	98	3	644

Fonte: Cremesp/2011.

Tabela 2. Consulta ao Código de Ética Médica segundo sexo, faixa etária e região de domicílio dos médicos, Estado de São Paulo, 2011

	Consultou o CEM	Não consultou o CEM	Nº de médicos/respostas
Sexo			
Masculino	77	23	375
Feminino	69	31	253
Faixa etária			
25-34	74	26	177
35-44	76	24	138
45-59	74	27	204
60-80	71	29	109
Região do Estado de São Paulo			
Capital	75	25	319
Grande SP	68	32	45
Interior	73	27	263
Total	74	26	628

Fonte: Cremesp: 2011.

Entre os médicos que consultaram o CEM, seis em dez o fizeram entre uma e duas vezes (Tabela 3). Cabe ressaltar que 9% dos médicos, um ano após a vigência do CEM, o consultaram mais de dez vezes, com ligeiro destaque para os entre-

vistados com mais de 60 anos (14%). Notou-se pequena tendência de, conforme aumenta a idade do respondente, também aumentar o número de vezes que o CEM foi consultado. Em média, foi consultado três vezes.

Tabela 3. Número de vezes que os médicos consultaram o Código de Ética Médica, segundo sexo, faixa etária e região, Estado de São Paulo, 2011

Nº de vezes	1-2	3-4	5-6	7-9	10 ou +	Média	Nº de médicos/ respostas
Sexo							
Masculino	56	27	7	1	9	3,1	291
Feminino	66	21	4	0	9	2,8	173
Faixa etária							
25-34	69	22	3	2	5	2,6	130
35-44	61	28	5	0	7	2,8	105
45-59	51	29	8	1	11	3,4	150
60-80	61	17	8	1	14	3,4	79
Região do Estado							
Capital	62	23	5	1	10	3,0	242
Grande SP	43	33	10	3	10	3,6	30
Interior	60	26	6	1	7	2,9	192
Total	60	25	6	1	9	3,0	464

Fonte: Cremesp: 2011.

Foi possível identificar três grupos de médicos: aqueles que sabiam da existência do novo código e já o consultaram (72%); os que sabiam da existência e não o consultaram (25%); e a minoria que não sabia da existência do novo CEM (3%). Não foi encontrada nenhuma diferença significativa no grau de conhecimento da existência e utilização do código entre sexo, faixas etárias e regiões de atuação ou domicílio dos médicos.

Conclui-se que, um ano após sua entrada em vigor, o novo código de ética integrava a rotina dos médicos, pois todos estavam cientes de sua publicação e a maioria já o havia consultado. O principal limitador do estudo, contudo, é sua restrição geográfica ao Estado de São Paulo.

Considerações finais

A ampla aceitação do CEM pelos médicos e sua utilidade como fonte permanente de consulta podem ser em parte atribuídas à abrangência de seu texto, que considera o progresso científico e tecnológico, a evolução das práticas profissionais, o exercício cada vez mais assalariado da profissão, a ampliação do papel do médico, as suas múltiplas formas de trabalho e as possibilidades de inserção profissional, seja na área clínica, de pesquisa, docência ou gestão.

Contribui para tal aceitação a opção de seus formuladores por um CEM que não fosse exaustivo, mas sim de fácil consulta, cujas declarações fossem de natureza geral, para que pudessem ser interpre-

tadas e aplicadas em situações particulares. Mesmo diante de princípios éticos, de requisitos legais ou regulamentares, os médicos poderão experimentar conflitos ao se depararem com as próprias convicções éticas, com as demandas de pacientes, de tomadores de decisão, gestores, empregadores e outros profissionais de saúde. Afinal, os recursos dos médicos não são unicamente seus saberes técnicos. O capital profissional compreende igualmente as representações definidoras das obrigações, das convicções e do relacionamento do médico com a sociedade.

O CEM brasileiro, ainda que generalizante em vários aspectos, não deixou de se posicionar em relação a grandes dilemas e desafios contemporâneos no campo da bioética, como a questão dos transplantes de órgãos, os ensaios clínicos, a eutanásia, a reprodução assistida e a manipulação genética. Não foi diminuído, no entanto, o imperativo do princípio de liberdade do médico, agora interligado à liberdade do paciente. Esse é o contrato tácito e implícito de todo ato médico, que permeia o atual CEM.

Na prática clínica, a reflexão bioética é sempre dinâmica, e as soluções de dilemas éticos baseiam-se em verdades muitas vezes transitórias. Assim, a atualização periódica e sistemática do CEM passa a ser uma necessidade, pois a sociedade espera dos médicos justamente o dinamismo responsável e o compromisso público, a seu tempo, com a preservação da vida e da ética médica. A sociedade de hoje aguarda que os médicos sigam tomando suas decisões com humildade e tolerância ao pluralismo moral^{30,31}. Verifica-se, assim, uma evolução para di-

retrizes éticas definidas não apenas pelos médicos, mas estabelecidas com e para a sociedade ¹.

Não por acaso, uma das categorias de princípios ressaltada pelo novo código diz respeito às habilidades e qualidades exigidas do médico, pois é essa a missão que a sociedade lhe confere. Para cumprir sua tarefa, deve ser competente e capacitado. Isso justifica a relevância da habilidade profissional e o compromisso do médico para com a ciência, reconhecendo obviamente seus limites, esforçando-se, em época de aviltamento profissional e deterioração da qualidade do ensino da graduação em medicina, para estar permanentemente atualizado sobre os melhores meios de diagnóstico e tratamento.

O médico tem no CEM a preservação de sua independência profissional; por isso, a preocupa-

ção ética de eliminar conflitos e de afastar o profissional de influências desmedidas de empregadores, da indústria e dos interesses puramente empresariais e mercantis. Para a complementação do CEM, seriam bem-vindas regras éticas compartilhadas entre médicos e demais profissionais de saúde, pois a parceria multiprofissional é imprescindível aos serviços e ao sistema de saúde.

Por fim, cabe ressaltar que a intenção, por certo bem-sucedida ao se verificar o alto grau de conhecimento e consulta do CEM pelos médicos, foi a de elaborar um código justo, pois a medicina deve sempre equilibrar-se entre o serviço prestado ao paciente e à saúde pública, entre o bem-estar individual e o bem-estar da sociedade.

Os autores agradecem ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Referências

1. Konold D, Veatch RM. Codes of medical ethics. In: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics. New York: The Free Press; 1978. vol.1 p. 162-71.
2. Vianna JAR, Rocha LE. Comparação do código de ética médica do Brasil e de 11 países. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2006 [acesso 22 jun. 2012];52(6):435-40.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
4. Ayres de Castilho E, Kail J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. Rev Soc Bras Med Trop. [Internet]. 2005 [acesso 22 jun. 2012];38(4):344-7.
5. Sohl P, Bassford HA. Codes of medical ethics: traditional foundations and contemporary practice. Soc Sci Med. 1986;22(11):1.175-9.
6. Hirsch E. Pour une éthique du soin. In: Hirsch E, éditeur. Ethique, médecine et société: comprendre, réfléchir, décider. Paris: Vuibert Coll. Espace Éthique; 2007. p. 29-34.
7. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: confiança para o médico, segurança para o paciente. [Internet]. ago. 2009 [acesso 6 jul. 2012]. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/comofoielaborado.asp>
8. Drumont JG. Ética, códigos e deontologia em tempo de incertezas. In: Pessini L, Siqueira JE, Hossne WS, organizadores. Bioética em tempo de incertezas. São Paulo: Loyola; 2010. p. 134-50.
9. Oselka G. O código de ética médica. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo: Edusp; 2002. p. 65.
10. Palier B. La réforme des systèmes de santé. Paris: PUF ; 2004. p. 127. (Collection Que sais-je?).
11. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Unesp; 2009.
12. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective. Jama. 1993;269(9):1158-62.
13. Ordre National des Médecins. Commentaires du code de déontologie médicale. [Internet]. 2010 [acesso 12 set. 2012]. Disponível : <http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous>
14. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931/09. [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 12 set. 2012]. p. 33. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
15. Batifoulrier P. Le rôle des conventions dans le système de santé. Sci Soc Santé.1992;10(1): 5-44.
16. Schweyer FX. Histoire et démographie médicales. Haut Conseil Santé Publique. 2000;32:16-23.
17. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p.34.
18. Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. Pedag Med. 2006;7(4):135-41.
19. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 45.
20. Pepe VLE, Veras CMT. A prescrição médica. Rio de Janeiro: Uerj; 1995.
21. D' Intignano BM. Economie de la santé. Paris: Presses Universitaires de France; 2001.
22. Batifoulrier P. Éthique professionnelle et activité médicale: une analyse en termes de conventions. Fin Contr Strat. 1999;2(2):5-24.
23. Schraiber LB. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cad Saúde Pública. 1995;11(1):57-64.
24. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

Conhecimento dos médicos do Estado de São Paulo e considerações sobre o Código de Ética Médica

25. Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Interface.[Internet]. 1998 [acesso 22 jun. 2012];2(2):215-6. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/20.pdf>
26. D'Ávila RL. Um novo código para um novo tempo. [Internet]. 2010 [acesso 30 jul. 2011]. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/artigo4.htm>
27. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p.49.
28. Reale Júnior M. O novo código de ética médica. Estado de São Paulo. [Internet]. 5 jun. 2010 [acesso 12 set. 2012]: Opinião. Disponível: <http://www.estadao.com.br/noticias/impresso,o-novo-codigo-de-etica-medica,561777,0.htm>
29. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 58.
30. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. Rev bioét (Impr.) 2008;16(1):85-95.
31. Gonçalves HC. O novo código de ética médica foi aprovado em plenária durante o IV Conem. Jornal do Cremesp. 2009;262:2.

Participação dos autores

O autor principal participou, junto à empresa contratada pelo Cremesp, da realização da pesquisa de campo, do acompanhamento da elaboração do plano amostral, questionário, pré-teste, fornecimento do banco da amostra previamente selecionada de forma probabilística com informações necessárias para contatar os médicos selecionados, do trabalho dos entrevistadores e da análise dos dados coletados e tabulados. Os dois autores participaram conjuntamente da elaboração do manuscrito.

