

REVISTA

Bioética CREMEGO

VOLUME 2

N.01
2020



REVISTA

Bioética CREMEGO

VOL. 2 | N.01 | 2020



CREMEGO
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS

REVISTA

Bioética CREMEGO



REVISTA BIOÉTICA CREMEGO
VOL. 2 | N.01 | 2020

Conselho Editorial da Revista Científica do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Editor Chefe:

Dr. Waldemar Naves do Amaral

Corpo Editorial:

Dr. Aldair Novato Silva
Dr. Antônio Fernando Carneiro
Dr. Celmo Celeno Porto
Dr. José Hiran Da Silva Gallo
Dr. Leonardo Mariano Reis
Dr. Paulo Roberto Cunha Vêncio
Dr. Rui Gilberto Ferreira
Dra. Cacilda Pedrosa de Oliveira
Dra. Rosemar Macedo Sousa Ramal

Equipe Técnica:

Ionira Fátima Pimentel
Rosany Rodrigues da Cunha

Projeto Gráfico e Diagramação:

Joaquim Olímpio (Agência Comunica)
Layanne Costa (Agência Comunica)
Gabriel Córdova (Agência Comunica)

Foto de Capa:

Rosany Rodrigues da Cunha (Cremego)

Revisão e Padronização

Fernanda Gouveia (Agência Comunica)

Impressão

Cidade Gráfica

Tiragem: 500 exemplares

© Revista Bioética CREMEGO - Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás

Rua T - 28 N° 245 - Qd. 24 - Lote 19 E 20 - Setor Bueno - Goiânia/GO - Brasil - CEP: 74210-040
Fone: (62) 3250-4900 - E-mail: revistabioetica@cremego.org.br

Ficha catalográfica

R454 Revista Bioética Cremego [recurso eletrônico] / Conselho
Regional de Medicina do Estado de Goiás. - Vol. 2, no. 1
(2020). - Goiânia: Cremego, 2020-

Semestral

ISSN xxxx-xxxx versão eletrônica

Modo de acesso: <<https://revistabioetica.cremego.org.br/cremego>>

1. Bioética. 2. Ética Médica. I. Conselho Regional de Medicina
do Estado de Goiás

CDU 614.25 (05)

Sumário

Editorial.....	1
-----------------------	----------

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

Bioética em tempos de pandemia	2
---	----------

Bioethics in times of pandemic: a few considerations

Elias Hanna

Ética e a pesquisa em saúde	14
--	-----------

Ethics and health research

Elias Hanna

Panorama do estudo da bioética nos cursos de Medicina das universidades federais brasileiras: estudo descritivo	23
--	-----------

A framework of the bioethics study in medical courses at Brazilian federal universities: a descriptive study

Larissa de Assis Timpone, Carolina Leão de Moraes, Aline Maciel Monteiro, Lara Cândida de Sousa Machado, Renato Canevari Dutra da Silva, Waldemar Naves do Amaral

Os princípios bioéticos no atendimento médico humanizado.....	31
--	-----------

The bioethical principles in humanized medical care

Lorena Tassara Quirino Vieira, Victória Lima Florentino Alves Ferreira, Angélica Silvério de Oliveira, Luísa Teixeira Hohl, Tárík Kassem Saidah, Waldemar Naves Amaral

Reflexões bioéticas na pesquisa científica: uma revisão narrativa	35
--	-----------

Bioethical reflections in scientific research: a narrative review

Lorena Tassara Quirino Vieira, Alice Alves Resende Dorneles, Beatriz de Souza Calvoso, Julia Português Almeida, Guilherme de Matos Abe

A Beneficência como pilar da bioética	40
--	-----------

Beneficence as a pillar of bioethics

Lorena Tassara Quirino Vieira, Lorena Hayashida Carneiro do Prado, Julia Português Almeida, Marina Elias Rocha, Tárík Kassem Saidah

Bioética e as anomalias fetais.....	47
--	-----------

Bioethics and fetal anomalies

Camila Silva Garcia; Eliângela Falcão Garcia; Gabriella Silva Garcia Tagawa; Waldemar Naves do Amaral

Bioética: princípio que não pode ter fim	51
---	-----------

Bioethics: a principle that must not end

Gabriella Silva Garcia Tagawa; Camila Silva Garcia; Eliângela Falcão Garcia; Eduardo Yuri Tagawa Pereira, Waldemar Naves do Amara

Prescrição médica e o uso irracional de medicamentos: uma revisão bibliográfica	55
--	-----------

Medical prescription and the irrational use of medicines: a literature review

Matheus Ferreira Gonçalves, Bruno Oliveira Araujo Rosas, Thaynara de Moraes Pacheco, Rui Gilberto Ferreira, Lucas Guimarães Lobo

Bioética e telemedicina.....	61
-------------------------------------	-----------

Bioethics and telemedicine

Eliângela Falcão Garcia, Camila Silva Garcia, Gabriella Silva Garcia Tagawa, Waldemar Naves do Amaral

REVISTA

Bioética CREMEGO



Editorial

De forma rara e absolutamente inesperada, estamos vivendo e sobrevivendo a uma pandemia, sendo que a última importante aconteceu há mais de um século.

É uma pandemia de natureza viral, originária da Ásia (China), onde o corona vírus é o agente preocupante. A doença (covid-19) é de transmissão oro-nasal e facial, de grande infectividade.

A contaminação populacional é rápida, mas de baixa letalidade entre jovens saudáveis. Apresenta alta letalidade para faixas etárias acima da 6ª década, para os obesos, e para doentes metabólicos, além de portadores de doenças pulmonares.

A ciência tem sofrido grandes impactos, pelo fato de ser uma infecção pouco conhecida, onde o diagnóstico e a terapia tem limitações nas comparações científicas. Assim, o empirismo como norte, passa a ser a arma de luta.

A Ética, que é um princípio que não pode ter fim, também sofre com as definições das abordagens à doença, que assusta a todos os médicos e a toda a população.

Na bioética, é preciso aplicar os princípios da boa ética à vida, onde a prevenção, o diagnóstico e a terapia (de suporte, ou de ação indireta, ou eventualmente direta) precisam ser melhor clareadas para um adequado atendimento ao povo que sofre.

Aqui na CREMEGO, que é a casa do Médico e em especial através da revista Bioética Cremego, vamos cuidando pelo melhor para a classe médica e para a população que servimos.

Bioética em tempos de pandemia: algumas considerações

Elias Hanna¹

RESUMO

Estamos vivendo tempos inimagináveis, confrontando com um inimigo invisível, sem muitas armas a mão. A pandemia de Corona vírus, neste momento 28/03, 17:00 horas, atingia mais de 500.000 pessoas no mundo com dezenas de milhares de morte e um grande enfrentamento entre a comunidade científica e a comunidade política – Como proceder? Qual a melhor intervenção possível, uma vez que não temos um tratamento antiviral específico ou vacinas até o presente momento contra o vírus CoVid 19?

Entre as medidas não farmacológicas a serem implementadas existem discussões sobre estratégias públicas/privadas de isolamento, quarentenas, fechamento de escolas, comércio e medidas de distanciamento social com o cancelamento de eventos públicos e restrição ao transporte. Outros aspectos estão relacionados aos atores diretamente envolvidos na pandemia, infectados, jovens ou idosos e trabalhadores de saúde e o papel do Estado no acesso aos serviços de saúde aí separados em países ricos e pobres e papel destas nações no fornecimento de suprimentos necessários ao enfrentamento da pandemia, equipamentos de proteção individual, medicamentos, ventiladores, respiradores, e, claro recursos financeiros mais disponíveis em algumas nações, mais restritas em outras.

ABSTRACT

This article discusses the bioethical implications involved in the coronavirus pandemic, SARS-COV2-Covid 19. Among the subjects discussed here, the bioethical aspects involved in social isolation and quarantine stand out, the importance of creating bioethics and palliative care committees for address the ethical implications involved in the treatment of people affected by the virus, the need for informed consent when adopting medications or procedures not yet supported by the scientific community and when we could carry out treatments even without the patient's consent and, finally, inequality with which rich and poor suffer the consequences of the pandemic.

1. **Médico endocrinologista**, conselheiro titular do CREMEGO, professor Assistente em Clínica Médica/Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEvangelica

Vírus Covid 19

O Sars Cov2 pertence a uma ampla família de vírus que pode causar sintomas leves parecidos a uma gripe comum ou casos mais graves com pneumopatia difusa, insuficiência respiratória grave e morte.

De acordo com a última atualização da OMS, até o dia 28 de março de 2020, 571.678 casos foram confirmados por critério laboratorial, sendo a maioria nos Estados Unidos com 85822 (15,01%) casos e 26.495 óbitos, (conforme link atualizado diariamente - https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=2146841e_2).

A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo (Kenneth McIntosh, MD. Novel Coronavirus (2019-nCov). UpToDate Jan 2020. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA (vide referencia anterior) e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos (. WHO. Q&A on coronavirus, 2020.). A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento (Rothe C et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. N Engl J Med. 2020;. Kupferschmidt K. Study claiming new coronavirus can be transmitted by people without symptoms was flawed. Science. February 3, 2020. Em média, o período de incubação é estimado de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias (Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs. BMJ disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/368/bmj.m800.full.pdf>).

O quadro clínico, típico de uma Síndrome Gripal, pode variar seus sintomas desde uma apresentação leve e assintomática (não se sabe a frequência), principalmente em jovens adultos e crianças, até uma apresentação grave, incluindo choque séptico e falência respiratória [Chan JF et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet 2020.]. A maior parte dos casos em que ocorreu óbito foi em pacientes com alguma comorbidade pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabetes, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensão e 5,6% câncer (ref)) e/ou idosos [Wang C et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet 2020.]. A taxa de letalidade está em torno de 3,8% na China, porém o valor varia conforme o país, na Itália, por exemplo a mortalidade se encontra acima dos 10%, enquanto na Alemanha abaixo de 1%. Estudos demonstram que, epidemiologicamente, homens entre 41 e 58 anos representam a grande maioria dos casos de pacientes confirmados, sendo febre e tosse os sintomas mais presentes [Huang C et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020]. As alterações em exames complementares mais comuns são infiltradas bilaterais nos exames de imagem de tórax, linfopenia no hemograma e aumento da proteína C-reativa. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA

Dos questionamentos bioéticos propostos:

Isolamento/quarentena: No Estado de São Paulo, de 12/03/20, retiro trechos da reportagem acerca de um casamento realizado na paradisíaca Itacaré, envolvendo amigos e parentes de uma conhecida influenciadora digital. “Cunhado da noiva e marido da influenciadora Gabriela Pugliesi, Erasmo Viana publicou nesta quarta-feira um vídeo no Instagram confirmando a detecção do vírus em alguns dos convidados. “No casamento da Mazinha no fim de semana tivemos duas pessoas confirmadas. Isso dá uma assustada, porque a gente sabe que não é um negócio tão grave”, disse Viana. A própria Gabriela Pugliesi revelou no Instagram que está com febre de 38,8°C. No primeiro exame a que foi submetida, acabou descartada a infecção por influenza, vírus da gripe. Ela espera agora a resposta final das outras análises médicas. Parte dos convidados buscou assistência médica no Hospital Albert Einstein, em São Paulo. (O convid... - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/03/12/casamento-na-bahia-vira-foco-do-coronavirus.htm?>). Ainda mais dramático tivemos relatos de pacientes em cruzeiros “Centenas de pessoas começaram a desembarcar do cruzeiro Diamond Princess em Yokohama, no Japão, nesta quarta-feira (19/02).

O navio foi mantido em isolamento devido ao surto do corona vírus Covid-19 durante mais de duas semanas, com 3,7 mil pessoas a bordo. A quarentena chegou a ser criticada como “fracasso”.

Cerca de 500 passageiros deverão começar a deixar o navio nesta quarta, que foi colocado em isolamento no dia 3 de fevereiro, quando um ex-passageiro foi diagnosticado com o Covid-19 em Hong Kong.

O *Diamond Princess* concentra o maior número de infecções fora da China, com 542 casos confirmados entre os cerca de 3,7 mil passageiros e tripulantes.

O desembarque deverá durar cerca de três dias, enquanto se espera a divulgação de mais resultados de testes com os ocupantes. Os tripulantes deverão iniciar uma nova quarentena quando o último passageiro deixar o navio <https://www.dw.com/pt-br/passageiros-desembarcam-de-cruzeiro-em-quarentena-por-coronav%C3%ADrus-no-jap%C3%A3o/a-52429204>

Já no Antigo Testamento em Levítico 13 encontramos uma referência a quarentena empregada aos portadores de Hansen, onde afirma-se que qualquer pessoa com hanseníase permanece impura contanto que eles tenham a doença e que eles devam viver fora do acampamento longe dos outros, senão vejamos “E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pêlo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote o examinará, e o declarará por imundo. Mas, se a mancha na pele de sua carne for branca, e não parecer mais profunda do que a pele, e o pêlo não se tornou branco, então o sacerdote encerrará o que tem a praga por sete dias; E ao sétimo dia o sacerdote o examinará; e eis que, se a praga, ao seu parecer parou, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o encerrará por outros sete dias; 6 E o sacerdote ao sétimo dia o examinará outra vez; e eis que, se a praga se recolheu, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o declarará por limpo; é uma pústula; e lavará as suas vestes, e será limpo. Mas, se a pústula na pele se estende grandemente, depois que foi mostrado ao sacerdote para a sua purificação, outra vez será mostrado ao sacerdote, e o sacerdote o examinará, e eis que, se a pústula na pele se tem estendido, o sacerdote o declarará por imundo; é lepra”. Levítico 13:3-8. E finaliza em seu versículo 46 “Todos os dias em que a praga houver nele, será imundo; imundo está, habitará só; a sua habitação será fora do arraial”. Levítico 13:46. Em Números 5,2 prescreve se o dever de expulsar do acampamento toda e qualquer pessoa acometida de doenças de pele “Ordena aos filhos de Israel que lancem fora do arraial a todo o leproso, e a todo o que padece fluxo, e a todos os imundos por causa de contato com algum morto”. Números 5:2

Historicamente, (ARCANUM • CID 2002:35 (1 November) • 1071) no entanto quarentena nos remete ao período da peste negra no século XIV, na Europa, quando a partir de meados do séc XIV quando ondas repetidas da praga varreram a Europa. Depois de chegar ao sul da Europa em 1347, a praga se espalhou rapidamente, chegando à Inglaterra, Alemanha, e Rússia em 1350 [Kilwein JH. *Some historical comments on quarantine: part one*. J Clin Pharm Ther 1995; 20:185–7.]. Durante esse período, estima-se que um terço da população da Europa morreu. O impacto profundo da epidemia levou à instituição de medidas extremas de controle de infecções. Entre estas medidas a mais polemica envolvia o isolamento dos portadores da peste daqueles que não possuíam a doença, medidas estas implementadas na Itália e na, hoje Dubrovnik, Croacia, onde os infectados eram levados para fora dos limites das cidades na maioria das vezes morriam sem qualquer assistência. Alguns poucos sobreviviam e podiam voltar para suas cidades. Em Dubrovnik, Jacob de Padua implementou a seguinte lei à época, denominada de trentino, por compreender um período de trinta dias do qual em teses gerais “Os quatro princípios desta lei foram da seguinte forma:

1. que cidadãos ou visitantes de doenças endêmicas áreas não seriam admitidas em Ragusa/ Dubrovnik até que tivessem permanecidos isolado por 1 mês;
2. que nenhuma pessoa de Ragusa seria autorizado a ir para a área de isolamento, sob pena de de permanecer lá por 30 dias;
3. que pessoas não designadas pelo Grande Conselho para cuidar dos que estão em quarentena não é permitido levar alimentos a pessoas isoladas, sob pena de de permanecer com eles por 1 mês; e

4. que quem fez descumprir estes regulamentos seria multado e sujeito a isolamento por 1 mês. Nos próximos 80 anos, leis similares foram introduzidos em Marselha, Veneza, Pisa e Gênova [4, 6].

Além disso, durante esse período, o período de isolamento foi estendido de 30 para 40 dias, alterando o nome trentino para quarantino, um termo derivado da palavra italiana *quaranta*, que significa “quarenta” [Stuard SM. *A state of deference: Ragusa/Dubrovnik in the medieval centuries*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.]. A justificativa precisa para alterar o período de isolamento de 30 dias a 40 dias não é conhecido. Alguns autores sugerem que foi alterado porque o período mais curto foi insuficiente para impedir a propagação da doença. Outros acreditam que a mudança estava relacionada à observância cristã da Quaresma, um período de 40 dias de purificação.

E quanto a eficácia? O que nos diz a Medicina baseada em evidências? Iris Almeida dos Santos e Wanderson Flor do Nascimento em *As medidas de quarentena humana na saúde pública: aspectos bioéticos* (Revista BioEthikos - Centro Universitário São Camilo - 2014;8(2):174-185) fazem a seguinte consideração no que tange ao Redução Absoluta de Risco e seu inverso, o Número Necessário para Tratar “Não foram encontrados estudos que avaliassem tais parâmetros no que tange à medida de quarentena humana. Os estudos mais recentes se limitam a discuti-la como medida aceita ou recusada pela população e a eficácia de determinada medida policialesca em implantar regimes de quarentena, sob vigilância estrita³². Concretamente, ela se traduz em três políticas:

- a) impedir o desembarque em territórios nacionais de pessoas que manifestem sintomas de determinada moléstia;
- b) impedir o desembarque de pessoas que tiveram contato em ambientes confinados (navios, ônibus, aviões) com pessoas que manifestaram determinada moléstia; e
- c) impedimento à livre circulação (prisão domiciliar) de pessoas que manifestem determinados sintomas.

Tais medidas deveriam ser, no mínimo, avaliadas quanto à sua eficácia: quantas pessoas deveriam ser quarentenadas para evitar que uma contraísse a doença? Quantas embarcações deveriam ser evitadas de atracar para evitar que uma pessoa manifestasse a doença no território nacional?

Nos estudos de evidencia elencados pelos autores se destacam estudos com evidência C – estudo de caso, medidas contra a população pobre foram aplicadas durante o surto da Gripe Espanhola em São Paulo. Copiando o modelo francês, a população foi impedida de sair às ruas, morrendo mais de inanição e maus tratos do que pela infecção propriamente dita. Ainda assim, o próprio governador de São Paulo caiu acamado pela gripe, ilustrando crassamente a ineficácia desse tipo de prática. E, por fim, como estudo de evidência B – coorte prospectiva –, em 1910, Roberts (Roberts J. *Quarantine or isolation in diphtheria?* *J Am Public Health Assoc*. 1911 [cited 2013 Oct 30];1(5):353-8. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.1.5.353>. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.1.5.353>) estudou quarentena e isolamento de crianças com difteria. Esse autor concluiu que tais práticas não evitavam o surgimento de novos casos de difteria a cada reinício do período escolar. Mostrou que o isolamento domiciliar se correlacionou a significativa mortalidade e que a medida que mais salvou vidas foi a quarentena sob internação hospitalar. Mesmo atualmente, Barbera, *et. al.* (Barbera J, Macintyre A, Gostin L, Inglesby T, O’Toole T, DeAtley C, Tonat K, Layton M. *Large Scale-Quarantine Following Biological Terrorism in the United States: scientific examination, logistic and legal limits, and possible consequences*. *JAMA*. 2001;286(21):2711-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.21.2711>. afirmam que a quarentena não é uma medida primária em saúde pública. É uma medida drástica e que só é factível de ser implementada sobre pequenos grupos populacionais e sobre um território bem delimitado.

Cécile M. Bensimon, PhD, MA and Ross E.G. Upshur, MD, MA, MSc, FRCPC *Evidence and Effectiveness in Decisionmaking for Quarantine* *Am J Public Health*. 2007 April; 97(Suppl 1): S44–S48 acerca da epidemia de SARS mostrou como a incerteza científica pode permear a tomada de decisão em saúde pública, levando-nos a pensar em como conceituar a relação entre a adequação das evidências da eficácia de uma intervenção e seu papel na justificativa da ação em saúde pública. Na época em que foi determinado que era infeccioso, pouco se sabia sobre a SARS. Foi nesse contexto de evidência inadequada e conhecimento incompleto que as autoridades de saúde pública consideraram apropriado invocar o

princípio da precaução - um princípio que busca implementar medidas preventivas para responder a riscos (reais ou percebidos) diante da incerteza - e virou-se para quarentena como um meio de interromper a propagação da doença. Todas as jurisdições afetadas pela SARS concluíram que “as únicas medidas possíveis contra esse surto foram as medidas de controle seculares usadas em epidemias antes da era dos antibióticos - isolamento, rastreamento e acompanhamento de contatos, quarentena e restrições de viagens. É possível a partir de então conceituar quarentena “a restrição de atividades de pessoas saudáveis que foram expostas a uma doença transmissível, durante seu período de comunicabilidade, para impedir a transmissão durante o período de incubação, caso ocorra infecção”. Em contraste, ele continua: “isolamento é a separação, pelo período de comunicabilidade (Gostin LO. *Direito da Saúde Pública: Poder, Dever, Restrição*. Berkeley, Califórnia: *University of California Press*; Nova York: *Milbank Memorial Fund*, 2000).

R. E. G. Upshur em *Principles for the Justification of Public Health Intervention*, *Can J Public Health*. 2002 Mar; 93(2): 101–103 justifica a intervenção pública de quarentena se obedecidos quatro princípios a saber: o princípio de dano, o princípio de meios menos restritivos, o princípio de reciprocidade e o princípio de transparência, somente a aplicação destes quatro princípios poderia justificar a implementação da medida da quarentena. Há adicionalmente uma outra justificativa para a implementação de medidas restritivas, a estrutura de saúde pública e privada de uma determinada região ou país; para esta corrente a quarentena seria uma estratégia de mitigação dos danos da patologia, aquilo a que chamamos de “achamento da curva”, ou curva epidêmica de propagação, contágio, danos e mortes da epidemia. A curva epidêmica é representada por um gráfico simples, porém útil para as autoridades de saúde. Velha conhecida dos epidemiologistas, pesquisadores que investigam como as doenças atingem diferentes populações, ela mostra o número de casos no tempo e permite conhecer a evolução inicial da doença, algo fundamental para o planejamento de ações de saúde pública. Muitas das novas infecções que se abatem sobre a humanidade se comportam de modo semelhante e produzem uma curva epidêmica com a mesma aparência, quase sempre um gráfico em forma de sino. O gráfico é mais estreito no eixo horizontal e alongado no vertical quando a infecção se dissemina rapidamente. E mais bojudo na horizontal... -

Toda epidemia — seja local, seja disseminada por uma vasta região do planeta, a chamada pandemia — tem um início, um pico e uma fase final, na qual pode seguir dois caminhos: extinguir-se completamente ou manter um número mais ou menos estável de casos (viram endemias). Epidemiologistas e autoridades da saúde mantêm o foco nessa fase de crescimento acelerado porque ela dita o ritmo de avanço da enfermidade e permite projetar quando a epidemia atingirá seu pico e como ele será. Se o crescimento inicial é íngreme demais, o número de casos pode rapidamente ultrapassar a capacidade de atendimento do sistema de saúde, levando-o ao colapso, como aconteceu em fevereiro e março no norte da Itália (<https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/03/20/a-importancia-da-curva-epidemica-para-conter-o-avanco-do-coronavirus.html>)

Em outras palavras mesmo mantendo se a inexorabilidade de não se reduzir os casos, a redução do espalhamento dos casos torna o número de infectados mais distribuído ao longo do tempo permitindo que mais pessoas sejam tratadas, conseqüentemente menos pessoas percam a vida.

Isto nos remete a um outro e cruel dilema ético se os hospitais alcançarem o colapso, quem escolher para ser tratado?

A escolha de Sofia – o dilema ético de decidir sobre a vida e a morte

A origem da expressão é uma história de horrores, um acontecimento trágico, ocorrido nos Campos de Concentração do Nazismo, em Auschwitz, numa época em que ocorreram os mais desumanos e cruéis crimes da História da Humanidade.

O escritor americano Willian Clark Styron relatou num romance filosófico a tragédia vivida por Sophie Zawistowska, sob o título original *Sophie's Choise*. O romance foi escrito em 1979.

Sofia, de origem polonesa, declarava-se católica e teria sido capturada e levada ao Campo de Concentração por estar ocultando e transportando, de forma clandestina, alguns quilos de carne que pretendia levar para sua mãe enferma.

A história de Sofia revela um dos mais cruéis sofrimentos a que o ser humano pode ser submetido. Sofia era mãe de dois filhos, um menino e uma menina: Jan e Eva, conduzidos junto com a mãe ao Campo de Concentração, numa viagem que durou trinta horas de trem. Sofia logo percebeu estar vivendo uma situação desesperadora, com a certeza de viver dias difíceis e um futuro incerto. O mais apavorante seria a morte nas câmaras de gás.

Já extenuada pela longa e terrível jornada, Sofia abafava o choro de fome da pequena Eva e de Jan, na época com 10 anos de idade. A tragédia não demorou a acontecer. No mesmo dia da chegada, viu-se confrontada por uma proposta aterradora. Um dos carrascos nazistas colocou Sofia frente a uma escolha trágica: um dos filhos seria levado para ser morto na câmara de gás, sendo que ela deveria escolher qual dos dois seria poupado e qual seria condenado. Caso se negasse a escolher, os dois seriam mortos. Sofia, frente à situação desesperadora, resolveu salvar o menino Jan por considerar que ele teria maiores condições de sobreviver aos horrores que ainda viveria. No desespero viu-se frente a uma cena de crueldade jamais imaginada: a filha Eva foi brutalmente levada ao trágico fim. Essa cena vivida por Sofia, a lembrança do último olhar de sua filha, o desespero do filho, a atormentaram todos os dias de sua vida. Jan foi conduzido ao Campo das Crianças.

Na presente pandemia assistimos relatos também impressionantes de médicos, paramédicos e familiares de vítimas sobre o difícil dilema de proporcionar o tratamento adequado a alguns em detrimento de outros. Na Itália, Espanha e Estados Unidos médicos se depararam com a angústia de escolher quem tratar? Na dúvida entre oferecer o ventilador a vários pacientes quais os critérios a serem utilizados? Profissionais de saúde ou não? Novos ou velhos? Ricos ou pobres? Ser humanista ou utilitarista?

O utilitarismo é filosofia anglo saxônica, ocidental em essência, economicista, um rompimento ao fundamento religioso e tradicionalista. Surgida no século XVIII, apresenta como principais teóricos John Stuart Mill e Jeremy Bentham. Segundo esta teoria toda ação almeja um fim, cuja consequência final seria o prazer e a felicidade. Nesta teoria o empirismo é capaz de, a partir de uma seleção e definição de ações escolher entre o prazer e a dor. Alain Caillé, Diretor do GEODE (Grupo de Estudos e Observação sobre Democracia) da Universidade de Nanterre e editor da Revue du M. A. U. S. S. em *O princípio de razão, o utilitarismo e o antiutilitarismo*, <https://doi.org/10.1590/S0102-69922001000100003>, apresenta duas propostas para se entender o conceito de utilitarismo "A proposta teórica enuncia que a ação humana e social resulta dos cálculos racionais de sujeitos interessados, quer sejam individuais ou coletivos, egoístas ou altruístas (a hipótese dominante é a do egoísmo). A proposta normativa, por sua vez, defende que são justas ou virtuosas as ações, as normas ou as leis que concorrem para maximizar a felicidade dos sujeitos assim definidos e, se possível, de todos esses sujeitos ou, pelo menos, do maior número deles. O pensamento moderno desdobra-se no campo de um confronto entre inteligibilidade utilitarista, a mais natural e a mais espontânea a partir do momento em que rompeu com a religião, e as múltiplas tentativas de refutação. Se o utilitarismo continua a ser dominante, é porque nenhuma dessas tentativas de o refutar ou de o ultrapassar conseguiu cristalizar-se num paradigma alternativo suficientemente claro, explícito, e partilhado pelo conjunto dos pensadores, para se tornar suscetível de produzir um saber cumulativo e uma normalidade partilhada.

Esta teoria de ação racional são obviamente passíveis de críticas, um sujeito racional já teria preferências pré-estabelecidas, diante da decisão, por exemplo de escolhermos um jovem em detrimento de um idoso, já temos pré-estabelecido que pessoas jovens podem ser mais úteis a nação que pessoas idosas, um pensamento puramente econômico, desprezando-se na escolha outros componentes e variáveis. Há no exemplo dado a suposição que a racionalidade depende de fatores puramente idiossincráticos e afetivos, dado que não existem critérios racionais que permitam decidir se é melhor visar um ganho máximo provável (minimax), minimizar as perdas possíveis (maximin), ou outras escolhas. E, se as preferências já não são consideradas como dadas, em nome de que escolher as preferências que seria preferível ter.

A República de Platão, “a maior obra de filosofia política de todos os tempos”, segundo Léo Straus, constitui uma defesa e ilustração das identidades socráticas. Contém todas as variantes possíveis e imagináveis do utilitarismo, incluindo a sua refutação. Com efeito, lá encontramos: uma teoria da medida dos prazeres e dos sofrimentos, aritmética, geométrica ou dialética; uma teoria das relações da harmonização espontânea dos interesses — a que se opera na cidade dos porcos —, e uma teoria da harmonização artificial dos interesses sobre a qual se funda a cidade perfeita, uma refutação do tradicionalismo, do positivismo jurídico e do cinismo, uma revelação da antinomia da razão utilitária normativa, cuja solução suporia a emergência improvável de uma personagem problemática: o legislador-rei-filósofo, único capaz de fundar uma sociedade utilitarista perfeita, mas tanto mais improvável quanto só poderia existir se ele fosse produzido e educado por essa cidade perfeita que ele tem por função fundar e instituir (Caillé, 1990)

Schopenhauer em *A Arte de insultar* assim se expressa em relação ao homem e o conceito de egoísmo “todas as ações dos homens e dos animais surgem, em regra, do egoísmo, e a ele também se atribui sempre a tentativa de explicar uma determinada ação. Nas suas ações baseia-se também, em geral, o cálculo de todos os meios pelos quais procura-se dirigir os seres humanos a um objetivo. Por natureza, o egoísmo é ilimitado: o homem quer conservar a sua existência utilizando qualquer meio ao seu alcance, quer ficar totalmente livre das dores que também incluem a falta e a privação, quer a maior quantidade possível de bem-estar e todo o prazer de que for capaz, e chega até mesmo a tentar desenvolver em si mesmo, quando possível, novas capacidades de deleite. Tudo o que se opõe ao ímpeto do seu egoísmo provoca o seu mau humor, a sua ira e o seu ódio: ele tentará aniquilá-lo como a um inimigo. Quer possivelmente desfrutar de tudo e possuir tudo; mas, como isso é impossível, quer, pelo menos, dominar tudo: “Tudo para mim e nada para os outros” é o seu lema. O egoísmo é gigantesco: ele rege o mundo”.

Saramago em *Diálogos com Saramago* nos ensina sobre a racionalidade irracional “Eu digo muitas vezes que o instinto serve melhor os animais do que a razão a nossa espécie. E o instinto serve melhor os animais porque é conservador, defende a vida. Se um animal come outro, come-o porque tem de comer, porque tem de viver; mas quando assistimos a cenas de lutas terríveis entre animais, o leão que persegue a gazela e que a morde e que a mata e que a devora, parece que o nosso coração sensível dirá «que coisa tão cruel». Não: quem se comporta com crueldade é o homem, não é o animal, aquilo não é crueldade; o animal não tortura, é o homem que tortura. Então o que eu critico é o comportamento do ser humano, um ser dotado de razão, razão disciplinadora, organizadora, mantenedora da vida, que deveria sê-lo e que não o é; o que eu critico é a facilidade com que o ser humano se corrompe, com que se torna maligno.

Aquela ideia que temos da esperança nas crianças, nos meninos e nas meninas pequenas, a ideia de que são seres aparentemente maravilhosos, de olhares puros, relativamente a essa ideia eu digo: pois sim, é tudo muito bonito, são de fato muito simpáticos, são adoráveis, mas deixemos que cresçam para sabermos quem realmente são. E quando crescem, sabemos que infelizmente muitas dessas inocentes crianças vão modificar-se. E por culpa de quê? É a sociedade a única responsável? Há questões de ordem hereditária? O que é que se passa dentro da cabeça das pessoas para serem uma coisa e passarem a ser outra?

Uma sociedade que instituiu, como valores a perseguir, esses que nós sabemos, o lucro, o êxito, o triunfo sobre o outro e todas estas coisas, essa sociedade coloca as pessoas numa situação em que acabam por pensar (se é que o dizem e não se limitam a agir) que todos os meios são bons para se alcançar aquilo que se quer.

Falámos muito ao longo destes últimos anos (e felizmente continuamos a falar) dos direitos humanos; simplesmente deixámos de falar de uma coisa muito simples, que são os deveres humanos, que são sempre deveres em relação aos outros, sobretudo. E é essa indiferença em relação ao outro, essa espécie de desprezo do outro, que eu me pergunto se tem algum sentido numa situação ou no quadro de existência de uma espécie que se diz racional. Isso, de fato, não posso entender, é uma das minhas grandes angústias”.

Entre o utilitário e o humanista em tempos de pandemia, em tempos de escolhas atrozés uma escolha mitigadora é a formação de Comitês de Bioética e de Cuidados Paliativos. Estes comitês interdisciplinares formados por médicos, outros profissionais de saúde, filósofos, sacerdotes e membros da comunidade auxiliariam na tomada de decisões que visem auxiliar na reflexão de dilemas morais que surgem na atenção individual de pacientes ou conforme preceituado por Eduardo Troster “Os membros do comitê devem ter conhecimento nas seguintes áreas: teoria de ética, conceitos de bioética, sistema de saúde, contexto clínico, conhecimento das políticas relevantes da instituição local, crenças e perspectivas dos pacientes e seus familiares, bem como da equipe de trabalho, código de ética, normas das organizações de certificação e leis na área de saúde.

Virtudes como tolerância, paciência, compaixão, honestidade, coragem, prudência, humildade, integridade são importantes para ter as habilidades necessárias para uma comunicação adequada com interesse, respeito, suporte e empatia.

Os Comitês de Bioética devem ter suporte institucional. Quando há uma consulta por familiares, pacientes, responsáveis ou profissionais da área de saúde, é importante que o Comitê de Bioética tenha competência para encaminhar as condutas. Os administradores devem prover ao Comitê de Bioética uma estrutura para sua capacitação, bem como respeitar sua atuação de forma integral.

A instituição deve garantir aos membros tempo adequado, compensação e recursos para realizar o trabalho de forma apropriada. A atuação deve ter como objetivo atender as incertezas éticas ou resolver os conflitos e não uma ação disciplinar.

Para finalizar o tema recorro a editorial da respeitadíssima revista *New England Journal of Medicine* “A pandemia de Covid-19 levou a uma grave escassez de muitos bens e serviços essenciais, de desinfetantes para as mãos e máscaras N-95 a leitos e ventiladores da UTI. Embora o racionamento não seja inédito, nunca antes o público americano se viu diante da perspectiva de ter que racionar bens e serviços médicos nessa escala.

De todos os cuidados médicos que precisarão ser racionados, o mais problemático será a ventilação mecânica. Vários países, mas não os Estados Unidos, já experimentaram uma falta de ventiladores. Atualmente, os hospitais de cuidados agudos nos Estados Unidos têm cerca de 62.000 ventiladores de funções completas e 98.000 ventiladores básicos, com 8900 adicionais no Gabinete do Secretário Assistente de Estoque Nacional Estratégico. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças estimam que 2,4 a 21 milhões de americanos precisarão de hospitalização durante a pandemia, e a experiência na Itália é que cerca de 10 a 25% dos pacientes hospitalizados precisarão de ventilação, em alguns casos por várias semanas. Com base nessas estimativas, o número dos pacientes que necessitam de ventilação pode variar entre 1,4 e 31 pacientes por ventilador. A necessidade de racionar os ventiladores dependerá do ritmo da pandemia e de quantos pacientes precisam de ventilação ao mesmo tempo, mas muitos analistas alertam que o risco é alto.

Embora a escassez de outros bens e serviços possa levar a mortes, na maioria dos casos, serão os efeitos combinados de uma variedade de escassez que resultarão em piores resultados. A ventilação mecânica é diferente. Quando a respiração dos pacientes se deteriora a ponto de precisar de um ventilador, normalmente há apenas uma janela limitada durante a qual eles podem ser salvos. E quando a máquina é retirada de pacientes totalmente dependentes de ventilador, eles geralmente morrem em questão de minutos. Diferentemente das decisões relacionadas a outras formas de tratamento que sustentam a vida, a decisão sobre iniciar ou encerrar a ventilação mecânica é muitas vezes uma opção de vida ou morte.

Muitos estados desenvolveram estratégias de racionamento durante pandemias. As Diretrizes de Nova York têm como objetivo salvar o maior número de vidas, conforme definido pela probabilidade a curto prazo de o paciente sobreviver ao episódio médico agudo. O racionamento é realizado por um oficial de triagem ou por um comitê de triagem composto por pessoas que não têm responsabilidades clínicas pelos cuidados dos pacientes. A triagem ocorre em três etapas: aplicação de critérios de exclusão, como choque irreversível; avaliação do risco de mortalidade usando o escore de avaliação seqüencial de falhas de órgãos (SOFA), para determinar a prioridade do início da ventilação; e repetir

as avaliações ao longo do tempo, para que os pacientes cuja condição não esteja melhorando sejam removidos do ventilador para torná-lo disponível para outro paciente.

Antecipando a necessidade de alocar ventiladores para os pacientes com maior probabilidade de benefício, os médicos devem participar de forma proativa de discussões com pacientes e familiares sobre pedidos de não intubação para subgrupos de alto risco de pacientes antes que sua saúde se deteriore. Uma vez que os pacientes já foram colocados em ventilação mecânica, as decisões para retirá-la são especialmente difíceis. Menos de 50 anos atrás, os médicos argumentaram que a retirada de um ventilador era um ato de matar, proibido tanto pela lei quanto pela ética. Hoje, a retirada do suporte ventilatório é a causa aproximada de morte mais comum em pacientes em UTI, e a retirada desse suporte a pedido de um paciente ou substituto é considerada uma obrigação ética e legal. A retirada de um ventilador contra a vontade do paciente ou substituto, no entanto, é feita principalmente apenas em estados e hospitais que permitem que os médicos retirem unilateralmente o suporte à vida quando o tratamento é considerado fútil.

As decisões de retirar ventiladores durante uma pandemia, a fim de disponibilizar o recurso a outro paciente, não podem ser justificadas de nenhuma das seguintes maneiras: não estão sendo tomadas a pedido do paciente ou de seu representante, nem se pode afirmar que o tratamento é inútil. Embora as chances de sobrevivência possam ser baixas, na ausência da pandemia, o tratamento continuaria. Embora esse tipo de racionamento possa não ser incomum em países que apresentam tragicamente uma escassez crônica de cuidados essenciais à UTI, é inédito na maioria dos médicos que praticam em países com bons recursos. Relatórios da Itália descrevem os médicos “chorando nos corredores do hospital por causa das escolhas que eles teriam que fazer”.

A angústia que os médicos podem experimentar quando solicitados a retirar ventiladores por motivos não relacionados ao bem-estar de seus pacientes não deve ser subestimada - pode levar a um sofrimento debilitante e incapacitante para alguns clínicos. Uma estratégia para evitar esse trágico resultado é usar um comitê de triagem para proteger os médicos contra esse dano potencial.

Acreditamos que esse comitê deve ser composto por voluntários que sejam clínicos e líderes respeitados” *The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic* Robert D. Truog, M.D., Christine Mitchell, R.N., and George Q. Daley, M.D., Ph.D March 23, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005689.

Pesquisa clínica e desenvolvimento de vacinas e medicamentos em tempo de pandemia

Outro conflito potencial em tempos de pandemia é o desenvolvimento de vacinas e medicamentos. As tentativas de barrar os piores efeitos da pandemia envolvem tanto abordagens inovadoras, ainda sem aprovação para uso comercial, quanto medicamentos que já são usados há décadas contra outras doenças. Em alguns casos, ante a iminência da morte, medicamentos são testados sem o consentimento informado do paciente.

O CFM dispõe através da Recomendação 1/2016 sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Desta recomendação retiro para compreensão do leitor os principais trechos “O consentimento é um processo, e não um ato isolado. Como processo, o consentimento esclarecido incorpora a participação ativa do paciente nas tomadas de decisão, o que é essencial na relação médico-paciente. O consentimento é mais do que um acordo, é um processo contínuo que envolve trocas de informações e um diálogo que permite, igualmente, explorar emoções, crenças e sentimentos, além de dados técnicos 28. O consentimento do paciente deve ser obtido após o médico ou a pessoa capacitada por ele indicada esclarecê-lo, suficientemente, sobre o procedimento médico a que será submetido. Se o paciente tiver dúvidas, solicitar outros esclarecimentos ou sentir-se inseguro, deverá ser atendido com presteza, respeito e sem qualquer tipo de influência, constrangimento, coação ou ameaça, a fim de preservar sua autonomia e dignidade.

Como o objetivo é o esclarecimento, é preciso que o profissional valide a informação que está transmitindo ao paciente. A validação permite certificar se ele se fez entender pelo paciente. Para

isso, pode-se pedir para o paciente repetir o que foi dito ou acertado entre os dois. A autonomia não é exclusivamente individualista a ponto de renegar a natureza social dos pacientes e o impacto de suas escolhas e ações individuais sobre seus familiares, sociedade e outros. Também não se deve focar a autonomia excessivamente na razão em prejuízo das emoções, crenças, sentimentos e valores, que são fatores influenciadores tão importantes quanto os fatos nas decisões. E, ainda, não se recomenda uma noção indevidamente legalista da autonomia, destacando os direitos legais e desprezando as práticas sociais de onde se está praticando a medicina ou da cultura do paciente. Relacionamentos sociais opressivos, que impõem vulnerabilidade aos pacientes, podem prejudicar a autonomia para consentir.

O termo de consentimento livre e esclarecido deve, obrigatoriamente, conter:

- a) Justificativa, objetivos e descrição sucinta, clara e objetiva, em linguagem acessível, do procedimento recomendado ao paciente;
- b) Duração e descrição dos possíveis desconfortos no curso do procedimento;
- c) Benefícios esperados, riscos, métodos alternativos e eventuais consequências da não realização do procedimento;
- d) Cuidados que o paciente deve adotar após o procedimento;
- e) Declaração do paciente de que está devidamente informado e esclarecido acerca do procedimento, com sua assinatura;
- f) Declaração de que o paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado;
- g) Declaração do médico de que explicou, de forma clara, todo o procedimento;
- h) Nome completo do paciente e do médico, assim como, quando couber, de membros de sua equipe, seu endereço e contato telefônico, para que possa ser facilmente localizado pelo paciente;
- i) Assinatura ou identificação por impressão datiloscópica do paciente ou de seu representante legal e assinatura do médico;
- j) Duas vias, ficando uma com o paciente e outra arquivada no prontuário médico.

Em situações de emergência, nas quais não seja possível obter o consentimento do paciente ou de seu representante, o médico atuará em favor da vida do paciente, amparado no princípio da beneficência, entre outros. Nesse momento, ao avaliar o que é melhor para o paciente (privilégio terapêutico), o médico adotará o procedimento mais adequado e cientificamente reconhecido para alcançar a beneficência. No entanto, o médico sempre deverá considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente, se existentes e disponíveis, conforme determina a Resolução CFM nº 1.995/1235.

Em saúde pública, podem ocorrer situações de risco em que pacientes portadores de enfermidades transmissíveis, potencialmente causadoras de riscos graves para terceiros, sobretudo a menores, negligenciam o tratamento ou negam seu consentimento para a adoção dos cuidados necessários. Nessas situações, não havendo possibilidade de separar o indivíduo do grupo em risco de contato com a doença, justifica-se o tratamento compulsório, que somente pode ocorrer depois de esgotadas todas as possibilidades de convencimento. Em casos excepcionais, após conferência com outros médicos e visando à saúde do paciente e à preservação do bem comum, o consentimento do paciente pode ser dispensado. Tal fato, no entanto, deverá estar suficientemente descrito e justificado pelo médico no prontuário do paciente e, conforme o caso, ser comunicado à autoridade competente”.

Consequências da pandemia em relação as classes sociais

Com todo o exposto ainda precisamos exercer a futurologia para prever as consequências econômicas que a pandemia trará. Em primeiro lugar o conceito de globalização da economia sofre um grande revés, esta pandemia tende a distanciar ainda mais as economias de países ricos da economia de países mais pobres e mesmo dentro de cada região a possibilidade de aprofundar-se ainda mais o fosso entre ricos e pobres.

A transmissão do Covid-19 já está presente em todos os continentes, a depressão econômica também afetará os países por todo o globo. Os países mais vulneráveis serão mais afetados, enquanto os grandes do ponto de vista econômico podem sair fortalecidos.

A China, primeiro país a detectar o vírus e o primeiro a aparentemente controlá-lo pode emergir desta crise como a grande potência da próxima década. Quando da primeira pandemia do século a China respondia por cerca de 3% das transações comerciais globais, vinte anos após responde por quase 1/5 destas transações e poderemos ao final da presente década ver a China com 1/4 do comércio global. Juntos China e Estados Unidos responderiam pela metade das transações comerciais do mundo e isto efetivamente faria com que a desigualdade social fosse efetivamente maior.

Com a paralisação das atividades lucrativas, conforme análise do economista Sandro Campos em Valor Econômico 25/03/2020, os países já anunciam grandes quedas de PIB ao redor do mundo. Com empresas paradas e os trabalhadores em casa, os bancos centrais ao redor do mundo estão sendo obrigados a injetar altas quantias na economia.

Os incentivos serão necessários para salvar empresas da falência e os trabalhadores do desemprego, porém os países mais pobres não têm os recursos necessários, em grande parte já encontram dificuldades com o pagamento da dívida externa.

As maiores economias como EUA, China e Alemanha, já anunciaram incentivos financeiros na casa de trilhões de dólares para manter a atividade produtiva. Enquanto isso, os países com menos recursos enfrentarão dificuldades até para garantir tratamento médico para a população afetada pelo novo coronavírus.

Seguindo o exemplo chinês, os países mais ricos, já conseguiu decretar medidas mais abruptas para conter a epidemia. Assim, o número de casos nesses países deve atingir um pico e depois se normalizar.

Todos os países têm adotado medidas de isolamento social e paralisação das atividades não essenciais. A estratégia têm se mostrado eficiente contra a pandemia, mas tem grandes custos financeiros que, por óbvio, são escassos nos países mais pobres.

Finalizo com uma exortação a Sartre “quando os ricos fazem a guerra são sempre os pobres que morrem”.

Conclusão

Por todo o exposto, estamos, sim, aprendendo sobre as implicações éticas envolvidas em um episódio de extrema magnitude e complexidade com desafios que se apresentam a cada dia. Tal como ensina Maquiavel este artigo não tem a pretensão de estabelecer regras de conduta quanto ao tema, afinal os que dele tomarem conhecimento também poderão acrescentar ensinamentos, pois em uma guerra como esta, inimaginável até pouco tempo atrás, quem for mais vigilante e informado, menos perigos correrá.

Finalizo com um texto de Virginia Wolff acerca da doença “ Considerando como a doença é comum, como é tremenda a mudança espiritual que traz, como é espantoso quando as luzes da saúde se apagam, as regiões por descobrir que se revelam, que extensões desoladas e desertos da alma uma ligeira gripe nos faz ver, que precipícios e relevos pontilhados de flores brilhantes uma pequena subida de temperatura expõe, que antigos e rijos carvalhos são desenraizados em nós pela

ação da doença, como nos afundamos no poço da morte e sentimos as águas da aniquilação fechar-se acima da cabeça e acordamos julgando estar na presença de anjos e harpas quando tiramos um dente, vimos à superfície na cadeira do dentista e confundimos o seu «bocheche... bocheche» com saudação da divindade debruçada no chão do céu para nos dar as boas-vindas - quando pensamos nisto, como tantas vezes somos forçados a pensar, torna-se realmente estranho que a doença não tenha arranjado um lugar, juntamente com o amor, as batalhas e o ciúme, por entre os principais temas da literatura.

Recebido em: 06/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Ética e a pesquisa em saúde

Elias Hanna¹

RESUMO

A presente revisão aborda a ética e a pesquisa em saúde, notadamente a pesquisa em seres humanos abordando antecedentes históricos e filosóficos. Propor descrever sobre ética e a pesquisa em saúde é por demais desafiador e também extremamente atual tendo em vista os avanços recentes da medicina, os desafios envolvidos na busca de novos arsenais terapêuticos para velhos desafios envolvendo tanto patologias crônicas já por demais conhecidas quanto novas doenças que desafiam o conhecimento médico atual. As experiências envolvendo seres humanos apresenta importantes marcos que serão aqui abordados tais como as experiências nazistas de Nuremberg, o aparecimento da Bioética, a Declaração de Helsinque, o Relatório Belmont, as denúncias de Henry Beecher e o desastre ético de Tuskegee e de Honduras. Importante manifestar sobre a relação existente entre médicos, pesquisadores, grandes indústrias farmacêuticas e Universidades, não se esquecendo da abordagem histórica e dos desafios futuros.

ABSTRACT

This review addresses ethics and health research, notably research on human beings addressing historical and philosophical backgrounds. Proposing a description of ethics and health research is too challenging and also very current in view of recent medical advances, the challenges involved in the search for new therapeutic arsenals for old challenges involving both well-known chronic pathologies and new diseases that challenge current medical knowledge. The experiences involving human beings present important milestones that will be addressed here, such as the Nazi experiences of Nuremberg, the appearance of Bioethics, the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, the denunciations of Henry Beecher and the ethical disaster of Tuskegee and Honduras. It is important to remember the relationship between doctors, researchers, large pharmaceutical companies and Universities, not forgetting the historical approach and future challenges.

1. **Médico endocrinologista**, conselheiro titular do CREMEGO, professor Assistente em Clínica Médica/Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEvangelica

Aprendendo com a história para se evitar erros no futuro

A pesquisa com seres humanos, pode se afirmar, como procedimento estabelecido, é muito recente e, conseqüentemente, a reflexão moral nela envolvida data do final dos anos 30 do século passado.

Antes, muito antes, importante estabelecer o papel desempenhado por Francis Bacon e sua utopia científica. Bacon acreditava que a busca do conhecimento muito mais que pela conquista de superioridade era justificada para benefício e uso da vida. Considerava ainda que “saber é poder” síntese esta transformada em dístico do Iluminismo. A premissa baconiana calcava-se no ideal de neutralidade científica, no qual o cientista livre de pré-conceitos pudesse operar a observação da natureza.

Talvez sustentado por esta premissa a Ciência Moderna iniciada com os experimentos de Galileu e a entusiasmada aprovação de Bacon manteve durante muito tempo a certeza de ser uma atividade objetiva, benéfica para a humanidade e eticamente neutra na medida em que apenas valores morais relacionados a uma pratica correta devem ter importância.

A historia reconhece que desde muito tempo já estava presente a reflexão ética sobre os estudos de cadáveres e de seres vivos tantos humanos como não humanos. Andre Vesalius quebrou o tabu teológico e moral de estudar a anatomia humana por meio de cadáver para refutar os ensinamentos de Galeno (129-199), que acreditava que a dissecação de porcos e macacos lhe daria informações fidedignas sobre a morfologia interna do ser humano. A dissecação anatômica era considerada um sacrilégio e somente foi autorizada por Clemente VII, em 1537. O valor e a certeza do conhecimento eram fruto do estudo teológico e não na observação natural, estabelecendo-se a controvérsia entre os vivisseccionistas e os opositores a esta pratica.

Outro fenômeno característico desta época foi a auto experimentação de que são exemplos Sertutner e o estudo em si mesmo dos efeitos da morfina, Hunter e a auto inoculação de cancro luético, Davy e a auto inalação de oxido nítrico e Brown-Sequard e a autoadministração de extratos testiculares de porquinho da índia visando terapia de rejuvenescimento.

Kant propôs o conceito de imperativo categórico sintetizado na forma “age de maneira tal que possas também querer que a máxima de teu agir transforme-se em lei universal da natureza”.

Confrontando Kant e sua concepção ética considerada tradicional, Hans Jonas refez os termos do imperativo categórico reescrevendo da seguinte forma “age de maneira tal que os efeitos de tua ação sejam compatíveis com a permanência de autentica vida humana sobre a terra: age de maneira tal que os efeitos da tua ação não sejam destrutivos da possibilidade de autentica vida humana futura na terra”. Se Kant propusera três perguntas para o encaminhamento intelectual e progresso humana assim resumidas: que posso saber? Que devo fazer? O que me é permitido esperar? Jonas assim as atualizaria: que devo ignorar? O que devo abster-me de fazer? Do que devo ter medo? Ou seja, Jonas apresentou-nos ao principio da responsabilidade.

Jurgen Habermas que havia desenvolvido a ideia de uma razão que confunde meios e fins tem levado mais recentemente seus conceitos a uma analise critica da genética e seus riscos para a essência do humano.

Nenhuma destas abordagens filosóficas teve impacto direto sobre a ética em pesquisa científica, mas podem demonstrar que a ciência não é absolutamente imune a considerações éticas e de relevância social.

Nuremberg - A luz após a escuridão

É possível vislumbrar a luz após a escuridão? Os julgamentos de Nuremberg, no entendimento de muitos, podem ser considerados o surgimento visível e explicito de uma preocupação ética com a pesquisa envolvendo seres humanos. Antes, porem, de nos determos nos julgamento de crimes de guerra é importante, historicamente, abordarmos outros fatos relevantes da historia da pesquisa clinica.

Em 1906, Pure Food and Drug Act estabeleceu a Farmacopeia Americana como padrão oficial americano com poder de retirada de produtos do mercado por adulteração ou problemas na rotulagem, mas acima de tudo, pode ser considerado o embrião da criação do FDA-Food and Drug Administration, órgão federal de vigilância sanitária, fato este ocorrido em 1929, por ironia ano da Grande Depressão Econômica.

Em 1938 os Estados Unidos criam através do Food Drug and Cosmect Act testes de toxicidade pré clínica que exigia provas de segurança dos produtos antes dos mesmos serem colocados em comercialização.

Vários foram os horrores praticados nos campos de concentração e extermínio criados pelas tropas nazistas em vários países da Europa. Três experimentos conduzidos por médicos e que sacrificaram um numero incalculável de vidas humanas foram levados a julgamento. Vinte e três médicos, doutores, foram julgados dos quais dezesseis foram condenados e entre estes sete foram executados por experimentos destinados a conhecer os limites do homem quando submetidos a condições extremas, tais como grandes altitudes (rarefação de oxigênio), temperaturas extremamente baixas (congelamento) e injeção massiva de germes patogênicos (sulfanilamida).

Os horrores revelados propiciaram a elaboração de um Código no qual foram dadas ênfase à livre vontade de participar de experimentos, embora, talvez, também, deveria ter sido enfatizado que a falha ética fundamental, mais que a ausência de consentimento, tenha sido a destruição incompreensível de outro ser humano.

Os dez pontos do Código têm o especial cuidado de proteger os participantes, de justificar a relevância social dos estudos e de realizá-los com idoneidade. Dele, pois, se extrai que o consentimento informado é absolutamente essencial cabendo ao participante decidir se queria ou não fazer parte de uma pesquisa, além de poder desistir da pesquisa a qualquer momento; também os pesquisadores devem se utilizar de desenhos de pesquisa apropriados além de, necessariamente, ser uma pessoa qualificada com competência para conduzir seu trabalho científico; finalmente os resultados deveriam visar benefícios para a sociedade e que sofrimentos e danos aos participantes deveriam ser evitados.

Em 1954 cientistas alemães desenvolveram a talidomida droga destinada a controlar ansiedade, tensão e, sobretudo, náuseas. Três anos após a droga era comercializada em 147 (cento e quarenta e sete) países. Em 1960 surgem os primeiros relatos de efeitos teratogênicos produzidos pela droga quando consumidas por gestantes no primeiro trimestre de gestação. Os relatos de focomelia (encurtamento/aproximação dos membros junto ao tronco, tornando os semelhantes a focas) provocaram a retirada imediata do medicamento nos países europeus e norte americanos, além de alguns países asiáticos e da Oceania, permanecendo, no entanto, sendo comercializado em alguns países da América do Sul, Brasil inclusive, e, sobretudo, África e agravado pela descoberta, por Jacobo Sheskin, dos efeitos benéficos da droga no tratamento da hanseníase.

Outro episódio emblemático da luta pela ética em procedimentos experimentais são os estudos de evolução da sífilis estudados em uma comunidade do Alabama chamada Tuskegee. Vale a pena lembrá-la; em 1929 o tratamento de sífilis era feito com soluções de mercúrio ou bismuto com índice de cura menor que 30% e grandes efeitos tóxicos e insucesso com altos índice de mortalidade. Neste mesmo ano, na Noruega, era publicado um estudo mostrando a evolução da sífilis em 2000 pacientes não tratados, estudo este baseado em dados históricos. No Alabama no inicio dos anos 30 grande parte da população em idade fértil encontrava-se acometido pela doença, suscitando as razões para se implementar um projeto para acompanhamento destes pacientes. 399 negros já acompanhados pelo Serviço de Saúde Americano foram recrutados para fazerem parte do Projeto Tuskegee, sendo avaliados em estudo prospectivo nos anos de 1932, 1938, 1948 e 1952. Em 1945, porém, com a descoberta da penicilina descobria-se também a cura da sífilis, no entanto, por decisão formal dos pesquisadores o grupo de estudo permaneceu sem tratamento recebendo diplomas de participação aos 20, 25 e 30 anos de estudo. Também o CDC de Atlanta se manifestou favorável ao prosseguimento do estudo em 1969, 37 anos após o inicio do estudo e 25 anos após a descoberta da penicilina tendo em vista "a necessidade de sua continuação por sua importância". Os estudos somente foram interrompidos após reportagem publicada por Jean Heller no The New York

Times em 1972 denunciando o uso de cobaias humanas, o que somente suscitou desculpas formais do governo americano em 1997, 65 anos após o início do estudo.

Tão devastador eticamente quanto o projeto Tuskegee foi a revelação recente que os mesmos pesquisadores também eram responsáveis por estudo, realizado entre 1946 e 1948, com pacientes da Guatemala, a maior parte prisioneiros e doentes mentais, infectados sem consentimento com sífilis e/ou gonorreia, numa tentativa, segundo os pesquisadores de se encontrar vacina contra os males. Em comunicado oficial de 01 de outubro de 2010 a Secretaria de Estado Hillary Clinton e Secretaria de Saúde Kathleen Sebelius classificaram a experiência como “antiética” e “inaceitável”.

Importante relatar que além do Código de Nuremberg já vigorava a Declaração de Helsinque onde se encontravam recomendações para médicos que trabalham em pesquisa clínica, no qual reiterava os princípios contidos no Código de Nuremberg, incluído, ai, preparo de protocolo de pesquisas, no qual todos os procedimentos que envolvem seres humanos deveriam ser descritos, e o envio do mesmo para comitês independentes do pesquisador e do patrocinador.

O impacto altamente negativo das revelações de Jean Heller fez com que o governo americano instituisse, em 1974, a Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos Sujeitos a Pesquisas Biomédicas e Comportamentais. Esta Comissão elaborou e publicou em 1978 o Relatório Belmont, princípios éticos e diretrizes para a proteção dos sujeitos humanos de pesquisas. Nele pela primeira vez foi estabelecido o uso sistemático de três dos quatro princípios na abordagem de dilemas bioéticos: 1-respeito as pessoas nos quais se incorporam dois aspectos éticos; tratar os indivíduos como agentes autônomos e proteção as pessoas com autonomia reduzida, 2-Beneficência, obrigação de não produzir danos e minimizar danos previsíveis e 3-justiça, tratar igualmente aos iguais.

A aplicação desses princípios considera as seguintes necessidades: consentimento informado, avaliação de riscos e benefícios e seleção justa dos sujeitos da pesquisa. Em relação ao consentimento informado três aspectos são por demais importantes, quais sejam informação, compreensão e voluntariedade.

A informação deve ser clara o suficiente para que o paciente selecionado do estudo decida sobre sua participação ou não. Em relação à compreensão o Relatório levanta a possibilidade de testes escritos ou verbais para confirmar se o sujeito da pesquisa tem compreensão necessária para assinar o termo de consentimento e em casos de crianças ou doentes de pouca percepção intelectual a decisão somente pode ser tomada pelo responsável legal após consideração dos riscos, benefícios e interesses do sujeito de pesquisa. Sobre a voluntariedade o relatório adverte quanto aos riscos de se incluir pessoas meramente por estarem disponíveis, bem como cuidar para que seus eventuais benefícios fiquem circunscritos aqueles que podem pagar pela pesquisa.

A pesquisa em saúde e sua relação com a Bioética

É óbvio que não podemos escrever a história da ética em pesquisas tão somente lembrando os grandes fracassos. Injusto não mencionar histórias que dignificam e enobrecem as medicinais construídas na ausência de códigos ou de princípios morais tais como a prevenção do escorbuto (1601), as vacinas contra a varíola (1796) e a raiva (1885), a história do gás hilariante e a descoberta dos anestésicos (1824), a descoberta da insulina (1922) e os estudos e pesquisas sobre a dengue (1944).

Tais conquistas, no entanto, não podem apagar os fracassos descritos nem tampouco negligenciar aqueles descritos por Henry Beecher em seu artigo publicado em 02 de junho de 1966 no *New England Journal of Medicine* em que denunciava estudos realizados sem o consentimento informado nos quais se inoculava células neoplásicas em anciões, infecções artificiais de hepatite em crianças doentes mentais ou transplantes de tumores malignos em pacientes emocionalmente abalados.

Todos os fatos aqui relatados proporcionaram o ambiente propício para o surgimento de uma nova ciência a Bioética assim definida por Zoboli estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas das ciências da vida e da saúde, utilizando metodologias éticas num contexto interdisciplinar.

Tom Beauchamp e James Childress publicaram em 1974 o livro *Principles of Biomedical Ethics* que consagrou os quatro princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos; beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independente de desejá-lo ou não.

Hipócrates, entre tantos ensinamentos, define muito bem o que é beneficência e, o que para alguns se confunde, não maleficência quando afirma “aos doentes tenha por habito duas coisas-ajudar ou ao menos não produzir dano”.

O Princípio do Respeito à Pessoa é central na Bioética. Tem algumas características que o compõe, tais como a privacidade, a veracidade e a autonomia. Este princípio recebeu diferentes denominações, tais como Princípio do Respeito às Pessoas, Princípio do Consentimento, ou Princípio da Autonomia, de acordo com diferentes autores em diferentes épocas.

O respeito a autonomia pressupõe que o pesquisador em relação ao sujeito da pesquisa faz necessário 1) dizer a verdade 2) respeitar a privacidade dos outros 3) proteger informações confidenciais 4) obter consentimento para intervenções no paciente e 5) quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes. Em resumo conforme Castilho “a pesquisa envolvendo seres humanos deve sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defende-los em sua vulnerabilidade “

Existem muitas formulações a respeito de como distribuir benefícios e encargos, ou seja, de fazermos justiça. Cada uma delas faz alusão a algumas propriedades relevantes sobre as quais os benefícios e encargos devam ser distribuídos, tais como as propostas de que a cada pessoa uma parte igual, a cada pessoa conforme suas necessidades, a cada pessoa de acordo com seu esforço individual, a cada pessoa de acordo com sua contribuição com a sociedade e, a cada pessoa de acordo com seu mérito.

Regulamentação da pesquisa no Brasil- Resolução 196/96

Conforme já citado, além do citado Código de Nuremberg, da Declaração de Helsinque, do Relatório Belmont e também das Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em seres humanos elaboradas pelo Conselho Internacional das Organizações de Ciências Médicas em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e do Guia Internacional para análise ética de estudos epidemiológicos elaborado pelo Conselho Internacional das Organizações de Ciências Médicas, no Brasil, em 1988 o Conselho Nacional de Saúde elaborou uma norma sobre ética em pesquisa médica – Resolução 01/1988, documento este que mescla aspectos éticos das pesquisas com questões de biossegurança e de vigilância sanitária.

Em 1996 o CNS aprovou a Resolução 196/96 que trata das pesquisas em seres humanos em qualquer área do conhecimento que juntamente com outras Resoluções complementares (240/97, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 340/04, 346/05, 347/05 e 370/07) representam um avanço na análise das pesquisas éticas representando os interesses da sociedade e não apenas dos pesquisadores e patrocinadores das pesquisas. Em sua concepção há a inclusão de atribuições e composição dos CEP- Comitês de Ética e Pesquisa e do CONEP- Comissão Nacional de Ética e Pesquisa que inclui pessoas com diferentes formações, além de pelo menos um representante dos usuários do SUS- Sistema Único de Saúde. O CONEP é composto por treze membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 5 deles personalidades de notório destaque nos campos da ética e Bioética e 8 personalidades com atuação nos campos jurídicos e teológico, entre outros. É vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e tem como objetivo: desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos de pesquisas além de desempenhar um papel coordenador da rede de CEP das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, aprovou a RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016

que o dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução que preceitua os princípios éticos relacionados a pesquisa com seres humanos do qual retiro o contido no artigo 3 da Resolução; São princípios éticos:

I - reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; II - defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; III - respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas; IV - empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada; V - recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; VI - garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações; VII - garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; VIII - garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes; IX - compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e X - compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário.

Os CEPs são comitês institucionais. O pesquisador precisa obrigatoriamente ter o seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição na qual atua. Não podem ser formados por pessoas de uma única profissão. São atribuições dos CEP 1- revisar todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários, emitindo parecer consubstanciado sobre os mesmos; 2- acompanhar o desenvolvimento dos projetos; 3- desempenhar papel educativo e consultivo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência; 4- receber denúncias de abusos ou notificação de fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo.

Também faz parte do sistema o SISNEP Sistema Nacional de Informações sobre Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos) que tem como atribuições facilitar o registro das pesquisas envolvendo seres humanos; orientar a tramitação de cada projeto para que todos sejam submetidos à apreciação ética antes de seu início.

Após o registro do projeto no SISNEP e sua entrega ao CEP responsável pela pesquisa é gerado um código numérico automaticamente. Este número é único e corresponde ao Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) que será identificador do projeto em todos os níveis: SISNEP, CEP, CONEP e Revistas de publicação científica ou Congressos.

O acesso às informações por pesquisadores e CEPs estará condicionado a um cadastro de dados pessoais e uma senha individual.

Por fim julgo importante relatar artigos do novo código de Ética Médico e Resolução do CFM concernente ao assunto; O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade; Quando envolvido na produção de conhecimento científico, o médico agirá com isenção e independência, visando ao maior benefício para os pacientes e a sociedade. Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou qualquer animal, o médico respeitará as normas éticas nacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa e Resolução CFM 1499/98 que estipula Art. 1º - Proibir aos médicos a utilização de práticas terapêuticas não reconhecidas pela comunidade científica. Art. 2º - O reconhecimento científico quando ocorrer, ensejará Resolução do Conselho Federal de Medicina oficializando sua prática pelos médicos no país. Art. 3º - Fica proibida qualquer vinculação de médicos a anúncios referente a tais métodos e práticas.

Outro aspecto relacionado aos dias de hoje refere-se ao conflito de interesses entre médicos e a indústria farmacêutica. Munir Massud in Revista Bioética 2010; 18 (1): 75 – 91 afirma “ Questões éticas relevantes permeiam as relações entre a indústria farmacêutica e os médicos na prática clínica pela simples razão de que as prescrições podem ser influenciadas por fatores não relacionados à evidência científica, em face da intromissão, nesse âmbito, de interesse secundário. Pode-se classificar como intromissão o interesse da indústria em vender mais o seu produto, visando o lucro, o que a concita a não utilizar técnicas de persuasão fundadas exclusivamente no melhor interesse do paciente. Um exemplo descrito refere-se a autores de estudos que apoiaram a segurança dos antagonistas dos canais de cálcio, em relação aos quais verificou-se, mais comumente, relações financeiras com os fabricantes de medicamentos do que os autores cujos trabalhos não apoiavam a segurança desses medicamentos. Mais ainda: há evidências de que quando o estudo é financiado pelo fabricante de um novo medicamento os resultados tendem a favorecê-lo em relação a um medicamento mais antigo.

O capítulo do CEM relacionado ao ensino e pesquisa veda ao médico Art. 99

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

Art. 100

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

Art. 101

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

§ 1º

No caso de o paciente participante de pesquisa ser criança, adolescente, pessoa com transtorno ou doença mental, em situação de diminuição de sua capacidade de discernir, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.

§ 2º

O acesso aos prontuários será permitido aos médicos, em estudos retrospectivos com questões metodológicas justificáveis e autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep).

Art. 102

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

Parágrafo único

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

Art. 103

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

Art. 104

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

Os desafios do presente e do futuro

Difícil a intercessão entre o presente e o futuro, “o futuro, aprendemos, é hoje”, mas os desafios mais prementes em relação a bioética envolvem questões ligadas desde a concepção, o nascimento até a morte digna, ou seja, questões ligadas ao genoma, células tronco, recriação da vida e, obviamente, mais e mais pesquisas em seres humanos. Por fim é atribuída cada vez mais cobrança pela sociedade estabelecer os limites da assistência a morte com dignidade e sua reflexão sobre a eutanásia, distanásia, mistanásia e ortotanásia, em evidência com a resolução CFM 1995/2012 que estipula “Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. § 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares. § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente. § 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Conclusão

Os avanços ocorridos na Ética em Pesquisa em Saúde, baseados nos princípios de Bioética, notadamente os princípios de autonomia, consentimento informado, beneficência, não maleficência e justiça associados a Regulamentação das pesquisas baseadas em documentos nacionais e internacionais são essenciais para o desenvolvimento da pesquisa envolvendo seres humanos e, por conseguinte são instrumentos eficazes para garantir a segurança, integridade e respeito as pessoas sujeitas a pesquisa. Tais instrumentos são fundamentais para se evitar desastres éticos como aqueles ensinados pela História. O desafio de se garantir eticidade as pesquisas envolvendo seres humanos é condição inegociável para se garantir as conquistas historicamente construídas.

Referências

1. Kottow,M.Historia da ética em pesquisa com seres humanos.InDiniz,D.Sugai,A,Guilhen,D,Squinea,F.Etica em Pesquisa-Temas Globais.Brasilia:Editora UnB;2008.p53-86
2. Guilhen,D,Greco,D.A Resolucao CNS196/1996 e o Sistema CEP/Conep. InDiniz,D.Sugai,A,Guilhen,D,Squinea,F.Etica em Pesquisa-Temas Globais.Brasilia:Editora UnB;2008.p87-121
3. Ayres de Castilho,E,Kalil,J.Ética e pesquisa medica:princípios,diretrizes e regulamentações.Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical38(4)344-347,jul/ago.2005
4. Guerriero,ICZ.Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde[tese].Sao Paulo.Faculdade de Saude Publica,USP;2006
5. Valverde,AJR.Prometeu desacorrentado e a sétima geração.Sao Paulo.PUC VIVA REVISTA Vol27,jul/set2006
6. Paiva,VLMO.Reflexoes sobre ética e pesquisa.Revista Brasileira de Linguistica Aplicada.Belo Horizonte. Vol5,n.1.p43-61,2005

Recebido em: 06/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Panorama do estudo da bioética nos cursos de Medicina das universidades federais brasileiras: estudo descritivo

Larissa de Assis Timpone¹, Carolina Leão de Moraes², Aline Maciel Monteiro³, Lara Cândida de Sousa Machado⁴, Renato Canevari Dutra da Silva⁵, Waldemar Naves do Amaral⁶

RESUMO

A inclusão da disciplina de bioética nos planos pedagógicos dos cursos de Medicina é essencial. Este estudo tem, portanto, o objetivo de identificar o número de universidades federais que ofertam esta disciplina, a forma como é ofertada e a nomenclatura utilizada para estas nos cursos de Medicina. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, realizada por meio de uma busca pelas universidades federais que ofertam a graduação em Medicina por meio do Cadastro e-MEC, e posteriormente, de uma análise do plano pedagógico das universidades selecionadas. Foram encontradas 87 universidades que ofereciam a graduação em Medicina de forma gratuita, sendo 54 delas instituições federais. Destas, 51 apresentavam a disciplina de bioética (94,44%). Observou-se que 16,67% (9/54) ofereciam a disciplina de forma optativa e 5,55% (3/54) não a ofertavam, e quando oferecidas, 32,07% apresentavam carga horária isolada e 67,93% eram ministradas de forma compartilhada com outros assuntos. Em relação à nomenclatura, foram encontradas 31 nomenclaturas diferentes, sendo 35,84% (19/53) “disciplinas com conteúdo e nomes distintos de bioética” enquanto as “disciplinas autônomas com conteúdo de nome “bioética” e as “disciplinas com conteúdo de bioética e associadas a outras disciplinas”, corresponderam a 32,08% (17/53) cada. Conclui-se que, embora haja um elevado percentual de universidades federais com graduação em Medicina que oferecem a disciplina de bioética, existem problemas quanto à forma como é ofertada, compartilhada com outras disciplinas ou optativa e com a ausência de padronização nos planos pedagógicos para o seu ensino.

Palavras-chave: bioética, educação, medicina, graduação.

1. **Acadêmica** da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – larissa.timponemed@gmail.com
2. **Pós-graduanda** nível doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás – carolina.leao.moraes@gmail.com
3. **Pós-graduanda** nível doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – aline@unirv.edu.br
4. **Docente** da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – laramachado.enf@gmail.com
5. **Docente** da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde – renatocanevari@yahoo.com.br
6. **Professor** Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás - dr@waldemar.med.br

Correspondência:

Carolina Leão de Moraes – carolina.leao.moraes@gmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

Participação dos autores:

Larissa de Assis Timpone e Carolina Leão de Moraes são responsáveis pela concepção do estudo, coleta de dados, desenho, elaboração e revisão do artigo. Aline Maciel Monteiro, Lara Cândida de Sousa Machado e Renato Canevari Dutra da Silva participaram da revisão do artigo. Waldemar Naves do Amaral participou da orientação e revisão do artigo.

ABSTRACT

The inclusion of bioethics in the educational plans of medical courses is essential. This study therefore aims to identify the number of federal universities offering this discipline, the way it is offered and the nomenclature used for them in medical courses. It is a quantitative, cross-sectional and descriptive research, carried out through a search by federal universities that offer a medical degree through the e-MEC Register and later, an analysis of the pedagogical plan of the selected universities. 87 universities offering medical undergraduate studies were found, 54 of them were federal institutions. Of these, 51 had the discipline of bioethics (94.44%). It was observed that 16.67% (9/54) offered the discipline in an optional manner and 5.55% (3/54) did not offer it and when offered, 32.07% had an isolated workload and 67.93% were taught in a shared manner with other subjects. Regarding nomenclature, 31 different nominations were found, being 35.84% (19/53) "disciplines with distinct content and names of bioethics" while "autonomous disciplines with content of name "bioethics" and "disciplines with content of bioethics and associated with other disciplines", corresponded to 32.08% (17/53) each. It is concluded that although there is a high percentage of federal universities with degree in medicine that offer the discipline of bioethics there are problems with the way it is offered, shared with other disciplines or optional and with the absence of standardization in the pedagogical plans for its teaching.

Keywords: bioethics, education, medical, undergraduate

Introdução

A evolução da graduação médica caminha para um ensino que vai além das noções clínicas e biológicas do corpo humano. Existe uma demanda crescente da sociedade para a formação de profissionais que saibam lidar com as dimensões biopsicossociais, espirituais e humanísticas do paciente^{1,2,3}. Diante desta perspectiva, surge a necessidade da implantação de disciplinas como a bioética na grade curricular das faculdades de Medicina.

A bioética é caracterizada por apresentar componentes inter, multi e transdisciplinares, o que no caso do ensino médico, interfere principalmente na capacidade do estudante de encontrar soluções e discernir seus julgamentos morais individuais daqueles de caráter coletivo para tomar de forma consciente as suas decisões^{2,4,5}. Por isso, reconhecendo a importância dessas competências, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 incluíram o ensino de assuntos relacionados à bioética para os acadêmicos de medicina, corroborando com as metas da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) para o século XXI^{1,6}.

Contudo, antes de consolidar o ensino dessas disciplinas no Brasil, dois grandes problemas devem ser resolvidos: a falta de interesse das universidades e a escassez de preparo do conteúdo programático e da grade curricular para recebê-las. Tal perspectiva é percebida na reduzida carga horária ofertada para esta disciplina (entre 0,6% e 1,5% das horas totais do curso) e na resistência das universidades e dos docentes na implantação deste conteúdo^{7,8,9}.

Assim, este estudo tem como objetivos descrever a quantidade de universidades federais com curso de Medicina que ofertam as disciplinas de bioética, identificar as formas de oferta da disciplina na grade curricular, como matéria obrigatória ou optativa, e analisar os nomes das disciplinas referentes à bioética nos planos pedagógicos dos cursos de Medicina das universidades federais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e de caráter descritivo. A seleção das universidades que disponibilizam o curso de graduação em Medicina foi realizada através da base de dados oficial dos cursos e Instituições de Ensino Superior – IES, regulamentada pela Portaria Normativa nº 21, de 21/12/2017, (Cadastro Nacional de cursos e instituições de ensino superior – Cadastro e-MEC) no site <http://emec.mec.gov.br/>. A busca dos dados ocorreu em março de 2020.

Foi realizada uma consulta avançada, selecionando-se cursos de graduação em Medicina gratuitos, presenciais e em situação de atividade. As universidades públicas que não são federadas foram excluídas do estudo. Após a seleção das universidades, foi realizada uma busca pelos projetos pedagógicos do curso de Medicina nos sites oficiais de cada instituição incluída na pesquisa. Os projetos pedagógicos foram analisados integralmente, buscando-se, independentemente do período ofertado, modalidades de disciplina de bioética. Foi utilizada a distribuição das modalidades, conforme Júnior, Araújo e Rego (2016)¹⁰: disciplinas autônomas com conteúdo e nome “bioética”, disciplinas com conteúdo de bioética e associadas a outras disciplinas e disciplinas com conteúdo e nome distintos de bioética. As disciplinas também foram distribuídas em “isoladas”, quando a carga horária foi destinada somente ao ensino da bioética e “agrupadas”, quando a disciplina de bioética compartilhava a carga horária com outras disciplinas.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, tendo sido utilizado como recurso o programa *Statistica Analysis System (SAS)*, versão 8.02. O estudo envolveu apenas dados de domínio público, não necessitando de aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados

Foi verificado um total de 87 universidades brasileiras que oferecem o curso de Medicina gratuitamente à população. Selecionando-se, somente as universidades federais, o número de universidades avaliadas no estudo foi de 54 instituições. Ao total, 51 universidades federais oferecem o ensino de bioética nos cursos de Medicina, correspondendo a 94,44% (51/54) das instituições. A tabela 1 demonstra as modalidades de oferta de vagas em disciplinas de bioética nos cursos de Medicina de universidades federais estratificadas por região brasileira.

Observou-se que, 16,67% (9/54) oferecem o ensino da bioética como disciplina optativa, e 5,55% (3/54) das universidades federais brasileiras não incluem a disciplina de bioética ou equivalente no plano pedagógico do curso de Medicina.

TABELA 1 - MODALIDADES DE OFERTA DE VAGAS EM DISCIPLINAS DE BIOÉTICA NOS CURSOS DE MEDICINA DE UNIVERSIDADES FEDERAIS ESTRATIFICADO POR REGIÃO BRASILEIRA. 2020.

REGIÃO	NÃO APRESENTAM		OBRIGATÓRIA		OPTATIVA		OBRIGATÓRIA/OPTATIVA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Região Norte	2		5		-		-		7	12,96
Região Nordeste	-		11		4		1		16	29,63
Região Centro-Oeste	-		4		1		-		5	9,26
Região Sudeste	1		11		3		1		16	29,63
Região Sul	-		9		1		-		10	18,52
Total	3	5,55	40	74,08	9	16,67	2	3,70	54	100

Fonte: Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior – Cadastro e-MEC: <http://emec.mec.gov.br/>. Dados dos projetos pedagógicos nos sites oficiais das universidades federais que ofertam o curso de graduação em medicina. Acesso em março de 2020

O total amostral das disciplinas correspondeu a 53, em virtude de duas instituições, conforme demonstrado na Tabela 1, oferecerem duas disciplinas de bioética cada, sendo uma obrigatória e uma optativa.

A tabela 2 demonstra o número disciplinas de bioética disponibilizadas com carga horária isolada e o número de disciplinas disponibilizadas com carga horária compartilhada com outras disciplinas.

TABELA 2 – NÚMERO DE DISCIPLINAS DE BIOÉTICA COM CARGA HORÁRIA ISOLADA E CARGA HORÁRIA COMPARTILHADA COM OUTRAS DISCIPLINAS DISPONIBILIZADA POR UNIVERSIDADES FEDERAIS NOS CURSOS DE MEDICINA. 2020.

	CARGA HORÁRIA ISOLADA	CARGA HORÁRIA COMPARTILHADA	TOTAL
n	17	36	53
%	32,07	67,93	100

Fonte: Dados dos projetos pedagógicos nos sites oficiais das universidades federais que ofertam o curso de graduação em medicina. Acesso em março de 2020

Em relação à nomenclatura da disciplina de bioética, observou-se que, ao total, existem 31 denominações diferentes nos planos pedagógicos dos cursos de Medicina oferecidos pelas universidades federais. A tabela 3 demonstra os 31 nomes, que foram estratificados de acordo com a classificação de Júnior, Araújo e Rego (2016)¹⁰

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES E NOMES DAS DISCIPLINAS DE BIOÉTICA NAS UNIVERSIDADES FEDERAIS QUE DISPONIBILIZAM O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA. 2020.

MODALIDADE DA DISCIPLINA DE BIOÉTICA	NOME DA DISCIPLINA	TOTAL
Disciplinas autônomas com conteúdo de nome “bioética”	Bioética	12
	Bioética- aspectos éticos e legais da prática médica	1
	Bioética e cidadania	1
	Bioética experimental/bioética clínica	1
	Introducao à bioética	1
	Introdução à bioética médica	1
	Bioética e deontologia	1
	Bioética e direitos humanos	1
	Bioética e ética médica	2
	Bioética, direitos humanos e cidadania	1
Disciplinas com conteúdo de bioética e associadas a outras disciplinas	Direito e bioética	1
	Ética e bioética	3
	Ética médica e bioética	2
	Ética, bioética e medicina legal	1
	Ética, bioética e saúde pública	1
	Formação científica: bioética e bioestatística e estudos epidemiológicos em saúde	1
	Habilidades clínicas e bioética	1
	Habilidades, comunicação e humanidades em medicina: deontologia, bioética e medicina legal	1
	Medicina, sociedade e bioética	1

MODALIDADE DA DISCIPLINA DE BIOÉTICA	NOME DA DISCIPLINA	TOTAL
Disciplinas com conteúdo e nomes distintos de bioética	Atividades sensoriais, reflexivas e formativas	1
	Desenvolvimento pessoal	2
	Ética das relações interpessoais nas atividades do profissional de saúde	1
	Ética e ciência	1
	Ética e conhecimento humanístico	1
	Ética e relações psicossociais	1
	Ética médica	6
	Ética médica e habilidades de comunicação	1
	Filosofia e ética na medicina	1
	Habilidades clínicas e atitudes	1
	Humanização dos cuidados em saúde	2
Metodologia científica	1	

Fonte: Dados dos projetos pedagógicos nos sites oficiais das universidades federais que ofertam o curso de graduação em medicina. Classificação conforme estudo de Júnior, Araújo e Rego (2016). Dados coletados em 2020

A análise mostra que a maioria das instituições, que corresponde a 35,84% (19/53) do total, oferecem “disciplinas com conteúdo e nomes distintos de bioética”. Universidades que nomeiam “disciplinas autônomas com conteúdo de nome “bioética” e ofertam “disciplinas com conteúdo de bioética e associadas a outras disciplinas”, correspondem a 32,08% (17/53) cada.

Discussão

A importância do ensino da bioética para o desenvolvimento acadêmico e profissional já foi demonstrada por diversos estudos^{11,12}. A inclusão da disciplina nos planos pedagógicos dos cursos de medicina é, portanto, essencial para a formação médica⁶. A avaliação, realizada neste estudo, dos planos pedagógicos dos cursos de Medicina demonstrou elevado percentual (94,44%) de universidades federais que incluem a disciplina de bioética em sua matriz curricular.

Em um estudo realizado em 2003, foi encontrada uma frequência ligeiramente maior do que a observada no presente estudo. Nele, 100% das universidades apresentavam a bioética em sua grade curricular. Já em outro estudo, realizado em 2016, a frequência foi menor, com 86,42% das universidades avaliadas apresentando este conteúdo de ensino. Tais variações podem ter ocorrido em virtude dos estudos apontados terem avaliado tanto o ensino da bioética em universidades públicas, quanto em universidades privadas. Por conseguinte, a amostra verificada, nos estudos apontados, foi maior do que a amostra do presente estudo^{13,10}.

Outro aspecto que precisa ser levado em conta e que pode ter contribuído para as diferentes frequências encontradas é a relação dos resultados com a temporalidade. O primeiro estudo ocorreu há 17 anos e o segundo há 4 anos. Possíveis diferenças na composição dos planos pedagógicos das universidades podem ter ocorrido durante esses anos, contribuindo para a variação observada.

Entretanto, chama a atenção o fato de o estudo de Munõz e Munõz (2003), realizado há 17 anos, ter encontrado frequência absoluta de cursos de Medicina que disponibilizam a disciplina de bioética, enquanto tanto esta pesquisa, quanto o estudo de Júnior, Araújo e Rego (2016), terem verificado frequências menores. Tais dados demonstram que, embora o estudo da bioética tenha sido

apontado como relevante para a formação médica nos últimos anos, ainda há universidades que não estão incluindo-o em seus planos pedagógicos^{13,10}.

O presente estudo constatou que a maioria dos cursos de Medicina oferta a disciplina de bioética, contudo, esse resultado não deve ser superestimado e precisa ser avaliado com cautela. Dois parâmetros devem ser considerados em relação ao ensino da bioética: a forma como ela é ministrada e o interesse do aluno pela disciplina. Estudos demonstram que a disciplina de bioética ainda é ministrada de maneira insatisfatória ou associada a outras disciplinas o que, consequentemente, prejudica o entendimento e o interesse do acadêmico em relação à bioética^{14,15,16}.

Neste estudo, observou-se que o ensino da bioética associada a outras disciplinas é a modalidade mais frequentemente ofertada nos cursos de Medicina das universidades federais (67,93%). Um estudo realizado por Dantas e Souza, em 2001, apresentou dados semelhantes¹⁷.

Diante desse resultado, é necessário salientar que a bioética se apresenta como uma disciplina independente, com uma teoria própria e uma visão transdisciplinar de diversas áreas. O que a diferencia das demais disciplinas é sua forma de abordagem do conteúdo e, por esse motivo, deve ser reconhecida como uma disciplina autônoma¹¹. Consequentemente, quando ministrada em conjunto com outras disciplinas, a bioética adquire um caráter superficial e heterogêneo, o que prejudica o aperfeiçoamento moral e ético do estudante de Medicina, o que torna o dado encontrado relevante pra a comunidade acadêmica. Para desenvolver as habilidades relacionadas à bioética, é necessário que ela seja ensinada de acordo com a perspectiva e os conteúdos próprios deste campo de atuação¹⁸.

Nesta pesquisa, verificou-se, ainda, que 16,67% das universidades ofertam o ensino da bioética como disciplina optativa, o que permite ao aluno escolher ou não cursar a disciplina. Este dado torna-se mais relevante pelo fato de a bioética não estar presente na grade curricular do Ensino Fundamental e Médio dos estudantes. Dessa forma, o primeiro contato do acadêmico com essa disciplina deveria ocorrer na universidade. Sem conhecimento prévio da importância da bioética, raramente o acadêmico irá buscar de forma espontânea pela disciplina. Em longo prazo, essa falha no ensino durante a graduação reflete na dificuldade dos profissionais médicos em lidarem com situações que envolvam o conhecimento da bioética^{14,19,20}.

Ademais, observou-se uma falta de padronização da nomenclatura das disciplinas de bioética nas universidades analisadas. Foram encontradas 31 nomações diferentes, sendo que, de acordo com a classificação de Júnior, Araújo e Rego (2016), 35,84% faziam parte das "Disciplinas com conteúdo e nomes distintos de bioética". Segundo Morin, apesar de uma disciplina fazer parte de um conjunto científico, o que a define como disciplina é a delimitação de uma fronteira pela linguagem que instaura, técnica, que elabora e utiliza teorias que são próprias¹¹.

Portanto, quando inúmeras nomenclaturas diferentes são utilizadas para definir uma mesma disciplina, o seu foco e área de atuação podem ser prejudicados. O ensino da bioética na medicina pode sofrer interferência da não padronização da nomenclatura, pois o graduando pode não compreender a importância que confere àquele conteúdo. Esta observação comprova a necessidade do estabelecimento de uma padronização e da validação desta disciplina.

É importante pontuar que este estudo apresenta algumas limitações. Não foram analisadas, de maneira detalhada, as cargas horárias ofertadas para a disciplina, o período do curso em que era oferecida e nem a forma como era ministrada, em caráter ativo ou passivo. Ressalta-se, também, a dificuldade de encontrar estudos semelhantes e atuais sobre a temática, o que pode ter comprometido uma análise mais fidedigna sobre o assunto.

Contudo, mesmo com essas limitações, este estudo apresenta dados importantes sobre o ensino da bioética e que merecem atenção por parte dos conselhos de medicina do país. A ampla avaliação realizada nos planos pedagógicos de todas as universidades federais brasileiras ofereceu um panorama verossímil da presença da bioética nos currículos dessas instituições. Os resultados aqui encontrados abrem caminhos para reflexões a respeito da necessidade de novas pesquisas, que auxiliem na avaliação do cenário atual da bioética nos cursos de Medicina. É imprescindível que haja maior interesse da comunidade acadêmica em implementar a bioética nos planos pedagógicos de todos os cursos de Medicina, assim como de iniciarem uma padronização do ensino dessa disciplina.

Conclusão

Em conclusão, o presente estudo demonstrou que a maioria das universidades federais com curso de Medicina apresenta a disciplina de bioética em seus planos pedagógicos, sendo esta, ofertada mais frequentemente como disciplina obrigatória. Foi ainda observada a presença de um grande número de nomenclaturas diferentes e não uniformes para a disciplina de bioética nos planos pedagógicos do curso de Medicina das universidades federais brasileiras.

Salienta-se que, embora haja um percentual elevado de universidades federais com cursos de Medicina que oferecem o conteúdo de bioética, existem grandes problemas em relação à forma como essa disciplina é oferecida, a importância que é dada a ela, além da ausência de padronização para seu ensino, nos planos pedagógicos. Faz-se necessário a realização de medidas, tanto de incentivo ao ensino da bioética, quanto de conscientização da importância dessa disciplina para o ensino médico.

Referências

1. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Projeto Ciret-Unesco: evolução transdisciplinar da universidade [Internet]. 1997 [acesso 10 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Uxyv52>
2. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC, director. Diccionariolatinoamericano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Unesco; 2008. p. 165-7
3. Sánchez MA. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educ Med*. 2017;18(3):212-8. DOI 10.1016/j.edumed.2017.03.001.
4. Collado J. La bioética como ciencia transdisciplinar de la complejidad: una introducción coevolutiva desde la gran historia. *Rev Colomb Bioet*. 2016;11(1):54-67.
5. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Bras Educ Med*. out-dez 2002;24(3):24-33.
6. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. [Internet]. 2014 [acesso 9 mar 2016]. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
7. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). *Bioética* [Internet]. 2002 [acesso 14 maio 2018];10(1):85-95. Disponível: <https://bit.ly/2GgzQSC>
8. Gomes JCM. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética* [Internet]. 1996 [acesso 14 maio 2018];4(1):53-64. Disponível: <https://bit.ly/2IkDcWK>
9. Goergen P. Educação e valores no mundo contemporâneo. *Educ Soc*. [Internet]. 2005 [acesso 16 jan 2012];26(92):983-1011. Disponível: www.scielo.br/pdf/es/v26n92/v26n92a13.pdf
10. Júnior, W.A.N; Araújo, L.Z.S.; Rego, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. *Rev. Bioét*. vol.24 no.1 Brasília Jan./Apr. 2016
11. GUERRA, M. A disciplina bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 3, n. 2, p. 157-169, 11.
12. Couto Filho JCF, Souza FS, Silva SS, Yarid S, Sena ELS. Ensino da bioética nos cursos de enfermagem das universidades federais brasileiras. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 10 nov 2017];21(1):179-85. Disponível: <https://bit.ly/2Z07hnf>
13. Munõz D, Munõz DR. O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2003 [acesso 29 jul 2014];27(2):114-24. Disponível: <https://bit.ly/2L1T0zs>
14. Ferrari, AG; Silva, CM; Siqueira, JE. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América latina. *Rev. Bioét*. vol.26 no.2 Brasília Abr./Jun. 2018 Doi: 10.1590/1983-80422018262243
15. Gomes TR, Delduque MC. O erro médico sob o olhar do Judiciário: uma investigação no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. *Cad Ibero-AmerDirSanit* [Internet]. 2017 [acesso 14 maio 2018];6(1):72-85. Disponível: <https://bit.ly/2lFdBel>
16. Neves NC. Ética para os futuros médicos: é possível ensinar? Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2006.
17. Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Adequação dos indicadores dos instrumentos de avaliação presencial e a distância dos cursos de graduação em medicina. 2015 [acesso 26 ago 2015]. Disponível: <http://bit.ly/1U1wWXD>

18. Correa FJL. Transmitir conocimientos, actitudes y valores al enseñar bioética. In: Correa FJL, editor. Docencia de la bioética en Latinoamérica: experiencias y valores compartidos. [Internet]. Santiago de Chile: Felaibe; 2011 [acesso 4 abr 2013]. Disponível: <http://bit.ly/1Q5g0ON>
19. Costa MCG, Tonhom SFR, Fleur LN. Ensino e aprendizagem da prática profissional: perspectiva de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2016 [acesso 15 set 2017];40(2):245-53. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e01522014
20. Rego S, Palácios M, Schramm FR. O ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 165-86, p. 170.

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Os princípios bioéticos no atendimento médico humanizado

Lorena Tassara Quirino Vieira¹, Victória Lima Florentino Alves Ferreira², Angélica Silvério de Oliveira³, Luisa Teixeira Hohl⁴, Tárík Kassem Saidah⁵, Waldemar Naves Amara⁶

RESUMO

A bioética é uma ciência que tem por fim combinar a humildade, a competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade, garantindo que os pacientes tenham um atendimento no qual seus direitos como cidadão sejam levados em consideração e que sua humanidade não seja inviabilizada. Através de estudo descritivo, baseado em uma revisão sistemática da literatura, este artigo tem como objetivo analisar os eixos de relação entre a bioética e a humanização de um atendimento médico. Foram identificados os descritores da Ciência da Saúde “Bioethics” and “Medical care”, utilizando os filtros “review”, “humans”, “5 years” e “full text”, totalizando 22 artigos, mas apenas 15 foram selecionados, já que os demais não preencheram todos os critérios de inclusão pré-estabelecidos. A partir da análise dos artigos, foi observado que abordar a bioética como um pilar do sistema de saúde é importante para um atendimento mais ético e humanizado. A troca de informações cotidianas entre profissionais faz parte dos importantes passos para a humanização do atendimento médico. Ademais, a bioética almeja compreender as circunstâncias sociais do paciente e por isso os pilares: autonomia, justiça e beneficência são de suma importância para a humanização do contato médico-paciente. Foi observada a necessidade da bioética fazer parte das práticas cotidianas, principalmente no Brasil, posto que, ainda há muito a ser feito nessas áreas no que diz respeito a cursos e profissionais especializados em bioética.

ABSTRACT

Bioethics is a science that aims to combine humility, intercultural and interdisciplinary competence and that enhances the sense of humanity that patients should receive in care, which puts their rights as subject to human rights. Through a descriptive study, based on a systematic review of the literature, this article aims to analyze the axes of the relation between bioethics and the humanization of medical care. The Health Science descriptors “Bioethics” and “Medical assistance” were identified, using the filters “review”, “human beings”, “5 years” and “full text”, totaling 22 articles, but only 15 were selected, since the others did not fulfill all the pre-specified inclusion requirements. From the analysis of the articles, it was observed that we approach bioethics as a pillar of the health system that is important for a more ethical and humanized care. The exchange of daily information between professionals is part of the important steps towards the humanization of medical care. Furthermore, bioethics aims to understand the patients social circumstances and therefore the pillars: autonomy, justice and benefit are of paramount importance for the humanization of doctor-patient contact. There was a need for bioethics to be part of daily practices, especially in Brazil, since there is still much to be done in these areas, with regard to courses and professionals specializing in bioethics.

-
1. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorenatassara4@hotmail.com
 2. **Acadêmico** do curso de Medicina, Centro Universitário de Anápolis (Unievangélica) – victoria.florentino05@gmail.com
 3. **Acadêmica** do curso de Medicina, Universidade do Estado do Mato Grosso (UNEMAT)
 4. **Acadêmico** do curso de Medicina, Universidade de Rio Verde Campus Aparecida (UniRV) – luisahohl@gmail.com
 5. **Médico** doutor em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)
 6. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Correspondência:

Lorena Tassara Quirino Vieira – lorenatassara4@hotmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

O termo bioética surgiu em 1927 com Fritz Jahr, o qual referia-se a uma obrigação ética com todos os seres vivos. Ao longo do tempo, a definição de bioética foi sendo aprofundada, incrementada e novos estudos surgiram sobre a sua importância e perspicácia. Após o julgamento de Nuremberg, que escancarou a falta de humanidade em práticas médicas na Segunda Guerra Mundial, esse termo começou a ganhar mais destaque. Diante das atrocidades dessa época, a comunidade científica começou a perceber que era de extrema necessidade que a prática médica tornasse intrinsecamente ligada a bioética, como forma de humanizar o atendimento e garantir os direitos do ser humano. Logo, como definição mais atual tem-se que a bioética é uma ciência que tem por fim combinar a humildade, a competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade (Potter V. R., 1998).

Nesse sentido, a bioética torna-se importante, pois garante que os pacientes tenham um atendimento no qual seus direitos como cidadão sejam levados em consideração e sua humanidade não seja inviabilizada. É diante dessa lógica em que se inserem os princípios da bioética, os quais são: a autonomia, que frisa o direito do paciente em tomar as decisões sobre seu próprio corpo, o princípio da beneficência, que destaca sobre a necessidade do médico em ter o maior conhecimento técnico e convicção no seu ato para que assim possa beneficiar o paciente, o princípio da não maleficência, que tem por base a ação médica que cause o menor prejuízo à pessoa e, por fim, o princípio da justiça, que estabelece a equidade.

Essa área do conhecimento, por ser uma ciência, necessita de novas pesquisas e estudos que incrementem-a. No entanto, percebe-se que em alguns países, muitos na América Latina, a bioética está estagnada. Apesar de as escolas médicas no Brasil frisarem o ensino da bioética e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina exigirem que sejam formados médicos generalistas, os quais sejam críticos, reflexivos, cidadãos e autônomos, diante das constantes mudanças de uma sociedade globalizada, faz-se necessário que essa ciência não fique estagnada.

Este artigo tem como objetivos analisar os eixos de relação entre a bioética e a humanização de um atendimento médico e compreender a importância da bioética na realização de consultas que aproximem mais o médico do paciente, tornando-as mais humanizadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão sistemática da literatura, em que foram utilizadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: identificação do tema; seleção de dados eletrônicos, com estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados evidenciados.

Foi executada uma busca de artigos, predominantemente, a partir de 2015, nas seguintes bases de dados: PUBMED (*National Library of Medicine and Nacional Institutes of Health*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos disponíveis gratuitamente com texto completo e estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos disponíveis apenas em resumo, estudos publicados em fontes que não sejam disponíveis eletronicamente, como artigos, monografias, dissertações e teses; comentários e cartas ao leitor; estudos duplicados, inconclusivos ou que não apresentaram relação com o tema.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: qualidade dos artigos, em língua inglesa, portuguesa e espanhola; artigos que trouxessem dados clínicos, epidemiológicos e científicos em diferentes populações e artigos indexados nos referidos bancos de dados.

Os descritores da Ciência da Saúde identificados foram "*Bioethics*" and "*Medical care*", utilizando os filtros "*review*", "*humans*", "*5 years*" e "*full text*", totalizando 22 artigos, mas apenas 15 foram selecionados, já que os demais não preencheram todos os critérios de inclusão.

Resultados e Discussão

A bioética, como derivada das biociências e das tecnologias, é um campo em que se projetam reflexões pertinentes sobre os efeitos da ação humana para a vida. Ademais, com a criação de um espaço privilegiado para discutir as consequências do desenvolvimento científico-tecnológico, a bioética torna-se uma atividade cognitiva e independente, impulsionando a forma de fazer ciência com responsabilidade e competência (Ramos et. al, 2019).

Diferentemente do cenário internacional, a bioética brasileira sempre foi mais crítica, possuindo um forte vínculo com movimentos sociais, defendendo a democracia, os direitos sociais e civis e a enorme parcela da população socialmente desfavorecida. Além disso, ela possui uma proposta mais horizontal que verticalizada, possui vários pesquisadores brasileiros que são ligados ao SUS e possui a capacidade de produzir novos pensamentos e agregar diversos sujeitos (Meira, 2002; Broquen, 2014).

Consequentemente, a abordagem ética no sistema de saúde é uma questão importante, contudo não é muito imparcial, devido ao fator reflexivo. Nesse viés, o Suporte à Ética Clínica (CES), a Trindade Bioética, bem como entender os desafios da bioética no Brasil podem auxiliar os profissionais da saúde a identificarem dilemas éticos, além de aprimorar as habilidades para melhor solucioná-los.

1 - CES

O CES é um apoio formal ou informal ao profissional da saúde em questões concernentes à bioética na prática clínica (Owen 2001; Puntillo et al. 2001; Slowther et al. 2004). Esse apoio, por considerar duas perspectivas distintas (“de cima para baixo” e “de baixo para cima”), permite trazer a discussão ética para uma visão mais prática, uma vez que proporciona a troca de experiências entre os profissionais, tornando-os ativos nos processos de abordagem e reflexão dos conflitos éticos vivenciados no cotidiano. O princípio “de cima para baixo” acredita que os profissionais da saúde deveriam ser subordinados a uma instância superior, por considerarem questões éticas complexas demais. Já a perspectiva “de baixo para cima” afirmam que os médicos deveriam ter a responsabilidade e oportunidade de realizar escolhas (Fox et al. 2007; Tarzian e ASBH Core Competencies Update).

2 - Trindade bioética (autonomia, beneficência e justiça)

Como a bioética valoriza uma vida digna, além dos valores morais e éticos, ela deve compreender a circunstância social de cada paciente. Dessa maneira, a conduta médica deve ser baseada nos princípios da autonomia, da beneficência e da justiça, sem eliminar o meio que o indivíduo está inserido, de tal forma que a justiça almejada pela bioética seja possível por meio da equidade no sistema de saúde (Kovács, MJ). A transparência de dados, a identificação de interesses distintos, o respeito às contradições, a mediação de conflitos, considerando a diversidade e a desigualdade no Brasil, são elementos fundamentais para um atendimento médico moral e ético (Carvalho, RRP). Para tanto, a bioética deve ser o pilar das políticas de saúde, por meio do estabelecimento de normas para instituições e auxiliando a legislação e a fiscalização pressupostos pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 - Desafios da Bioética no Brasil

A bioética brasileira, apesar de seu crescimento, ainda enfrenta desafios, como a pouca visibilidade internacional e a estagnação no tempo, apesar de ter tido um “boom” no início do seu desenvolvimento no país. O desafio é duplo: estabilizar o Brasil como reconhecido produtor de referências e mover para temáticas ainda à margem das pautas internacionais (Ramos et al., 2019).

Faz-se oportuno ressaltar que a bioética brasileira permanece restrita a universidades e organizações da área da saúde e pesquisa, sendo consideravelmente extenso o caminho para tornar a bioética um fundamento para a prática cotidiana. Contudo, mesmo na academia, o Brasil carece de cursos de pós-graduação em bioética e de professores especializados no assunto (Almeida Neto, 2014; Hossne, Jorge Filho, 2016). Ademais, apesar de ser abordada no ambiente acadêmico, permanece restrita a esse, sendo necessária a sua divulgação para os outros meios sociais. Entretanto, permanece tolhida pelo escasso apoio dos sistemas políticos (Correa, 2012).

Considerações finais

Diante da análise realizada, foi observado que abordar a bioética como um pilar do sistema de saúde é de suma importância para um atendimento clínico mais ético e humanizado. Fica evidente que a troca de informações entre os profissionais e a troca de informações cotidianas fazem parte dos importantes passos para a humanização do atendimento médico. Além disso, a bioética almeja compreender as circunstâncias sociais do paciente e por isso os pilares: autonomia, justiça e beneficência são necessários para a humanização do contato médico-paciente.

No Brasil, há necessidade da bioética ser parte das práticas cotidianas, o que é dificultado, posto que a bioética se restringe às organizações e universidades da área da saúde. Ademais, ainda há muito a ser feito nessas áreas no que diz respeito a cursos e profissionais especializados em bioética.

Referências

1. ALAHMAD, G. informed Consent in Pediatric Oncology: A Systematic Review of Qualitative Literature. SAGE, v. 25, p. 1-8, 2018.
2. ALMEIDA NETO, J.B. Bioética como núcleo de saberes e práticas: contribuições à formação de bioeticista. Rev Sorbi, v. 2, N. 1, P. 24-34, 2014.
3. BARCHIFONTAINE, C. P.; TRINDADE, M. A. Bioética, saúde e realidade brasileira. Revista Bioética, v. 27, n. 3, p. 493-495, 2019.
4. BROQUEN, X.G. Ciencia, ética y política: la bioética como camino para la transformación de la praxis científica. Acta Bioeth, v. 20, n. 2, p. 271-277, 2014.
5. CARVALHO, R.R.P.; FORTES, P.A.C.; GARRAFA, V. A saúde suplementar em perspectiva bioética. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 59, n. 6, p. 600-606, 2013.
6. CORREA, F.J.L. Bioética e política na América Latina. Bioethikos, v. 6, n. 2, p. 147-153, 2012.
7. FOX, E.; MYERS, S.; PEARLMAN, R. A. Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. The American Journal of Bioethics, v. 7, n. 2, p. 13-25, 2007.
8. HAAN, M. M., et al. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. BMC Medical Ethics, v. 19, n. 85, p. 1-15, 2018.
9. HOSSNE, W.S.; PARIZI, R.; JORGE FILHO, I. Bioética para quê?. Ser Médico, v. 18, n. 71, p. 16-21, 2015.
10. MEIRA, A.R. Bioética: a ética da cidadania. Santos: Leopoldianum; 2002. (Coleção Cadernos Posgrad).
11. KOVÁCS, M.J. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.
12. PINZÓN-FLÓREZ, C.E., et al. Priorization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. Revista de Saúde Pública, v. 50, n. 56, p. 1-14, 2016.
13. RAMOS, F. R. S., et al. Desafios atuais da bioética brasileira. Revista Bioética, v. 27, n. 3, p. 446-454, 2019.
14. RASOAL, D., et al. Clinical Ethics for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. HEC Forum, v. 29, p. 313-346, 2017.
15. RIPPEL, J.A.; MEDEIROS, C.A.; MALUF, F. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. Rev. bioét, v. 24, n. 3, p. 603-6012, 2016

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Reflexões bioéticas na pesquisa científica: uma revisão narrativa

Lorena Tassara Quirino Vieira¹, Alice Alves Resende Dorneles², Beatriz de Souza Calvoso³, Julia Português Almeida⁴, Guilherme de Matos Abe⁵

RESUMO

A bioética consiste em elucidar o limiar de intervenção do sujeito sobre a vida. Na área de pesquisa, essa apresenta um papel relevante no que diz respeito em mitigar possíveis abusos, sejam eles em humanos ou não. São adotados diversos critérios para regulamentar uma pesquisa científica, como uma avaliação sobre o real benefício do estudo, permissão e esclarecimento do paciente e uma metodologia adequada. Através de um estudo descritivo fundamentado em uma revisão sistemática de literatura, este artigo tem a finalidade de averiguar a relação entre bioética e pesquisa científica e suas vantagens quando unidas. A análise dos artigos utilizados tem como base de dados PUBMED (*National Library of Medicine and Nacional Institutes of Health*). Apenas 5 artigos foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos e nos descritores "Bioethics" and "Scientific Research", utilizando os filtros "review", "humans", "5 years" e "full text". Nesses estudos, cada um aborda os diversos ramos da bioética, como a necessidade de um esclarecimento apropriado e os reflexos desse em indivíduos de situação vulnerável, a utilização de padrões de qualidade que efetivam o estudo, a relação entre risco-benefício e também a importância da ética normativa no processo de pesquisa. Dessa forma, para que haja harmonia entre o processo científico e a bioética é pertinente analisar essas áreas com maior cautela.

ABSTRACT

Bioethics consists of elucidating or limiting the subject's intervention in life. In the research area, this has a relevant role in terms of mitigating possible abuses, whether human or not. Several requirements are adopted to regulate scientific research, such as an assessment of the real benefit of the study, permission and clarification of the patient and an appropriate methodology. Through a descriptive study based on a systematic review of the literature, this article aims to determine the relationship between bioethics and scientific research and its advantages when combined. The analysis of the articles uses PUBMED (National Library of Medicine and National Institutes of Health) as a database. Only 5 articles were selected based on the pre-established criteria and the descriptors "Bioethics" and "Scientific research", using the filters "Review", "humans", "5 years" and "full text". In these studies, each one addresses the different branches of bioethics, such as the need for an appropriate explanation and its reflexes in vulnerable individuals, the use of quality standards that effect the study, the relationship between risk-benefit and also the importance of ethics normative in the research process. Thus, for there to be harmony between the scientific and bioethical processes, it is pertinent to analyze these areas with greater caution.

-
1. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorenatassara4@hotmail.com
 2. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – aliceresended@hotmail.com
 3. **Acadêmica** do curso de Medicina, Centro Universitário Atenas (UniAtenas) – beatriz_adrielly@hotmail.com
 4. **Acadêmico** do curso de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG) – juliaportugues@hotmail.com
 5. **Acadêmico** do curso de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG) – guimatosabe@gmail.com
-

Correspondência:

Lorena Tassara Quirino Vieira – lorenatassara4@hotmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

A bioética pode ser definida como uma ciência que objetiva esclarecer os limites da intervenção do homem sobre a vida de um indivíduo ou de um grupo de pessoas, ajudando-as a lidar com conflitos carregados de valor que surgem na área da saúde. Os quatro pilares que regem a ética médica foram propostos por Beauchamp e Childress, em 1979, e são eles: beneficência e não-maleficência - "fazer o bem" e "evitar o mal", valorizando o aspecto biopsicossocial do paciente para oferecer-lhe o melhor tratamento; autonomia - possibilidade de decisão do paciente sobre a própria vida; autodeterminação - e justiça - referente à igualdade de direitos e de acesso aos serviços de saúde por todos os indivíduos.

A bioética em pesquisa é fundamental para evitar que os pesquisadores cometam abusos durante a realização dos testes e para normatizar a experimentação científica, principalmente quando realizada em seres humanos. As pesquisas devem seguir exigências para que estejam em consonância com as normas reguladoras, sendo elas: a ponderação entre riscos e benefícios, de modo que o primeiro seja superior ao segundo; a presença de embasamento prévio em pesquisas realizadas em laboratório ou em animais; o seguimento rigoroso da metodologia selecionada para realização da pesquisa; a presença de consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente ou por um responsável legal e a garantia de que a realização dos testes é realmente necessária.

Este artigo tem como objetivos analisar os eixos de relação entre a bioética e a pesquisa científica, compreender a importância da bioética na realização de testes socialmente relevantes de acordo com as normas reguladoras e possibilitar os profissionais a colocarem os princípios bioéticos em prática no atendimento aos pacientes e na realização de pesquisas científicas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão sistemática da literatura, em que foram utilizadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: identificação do tema; seleção de dados eletrônicos, com estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados evidenciados.

Foi executada uma busca de artigos, predominantemente, a partir de 2015, na bases de dados PUBMED (*National Library of Medicine and Nacional Institutes of Health*).

Os critérios de inclusão do estudo foram: artigos disponíveis gratuitamente com texto completo e estudos publicados nos idiomas português e inglês. Foram excluídos artigos disponíveis apenas em resumo, estudos publicados em fontes que não sejam disponíveis eletronicamente, como artigos, monografias, dissertações e teses; comentários e cartas ao leitor; estudos duplicados, inconclusivos ou que não apresentaram relação com o tema.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: qualidade dos artigos, em língua inglesa e portuguesa; artigos que trouxessem dados clínicos, epidemiológicos e científicos em diferentes populações e artigos e indexados no referido banco de dados.

Os descritores da identificados "*Bioethics*" and "*Scientific Research*", utilizando os filtros "*review*", "*humans*", "*5 years*" e "*full text*", totalizando 78 artigos, mas apenas 5 foram selecionados, já que os demais não preencheram todos os critérios de inclusão.

Resultados

A busca bibliográfica na bases de dados PUBMED, após o uso dos descritores "*Bioethics*" and "*Scientific Research*", filtros "*review*", "*humans*", "*5 years*" e "*full text*", totalizou 78 artigos. Com o intuito de responder os objetivos propostos, apenas 5 artigos foram selecionados, baseados nos critérios de inclusão do estudo.

O primeiro artigo trata-se de uma revisão sistemática de método misto seguida de um padrão sequencial: revisão do escopo, síntese qualitativa e, em seguida, uma síntese quantitativa. A revisão do escopo incluiu a categorização de todas as medidas de qualidade para CEC (Consulta de Ética Clínica) discutido na literatura. A síntese qualitativa gerou um quadro analítico abrangendo CEC e as informações são uma meta-análise de estudos que relatam os efeitos do CEC em resultados clínicos pré-especificados. O objetivo desse artigo é descrever um protocolo rigoroso para compilar a literatura diversificada sobre CEC, analisando-a com uma lente de medição de qualidade e buscando um conjunto de domínios potenciais de qualidade para a CEC com base em áreas de consenso existente, mas até agora não reconhecido na literatura.

O segundo artigo consiste em uma busca sistemática de PubMed, HINARI e Google Scholar, em novembro de 2016, e análise de artigos que levantam desafios de ética enfrentados por pesquisadores envolvidos na pesquisa do Atendimento Pós- Aborto com adolescentes. A pesquisa também incluiu a identificação de qualquer orientação ética disponível sobre questões relevantes. O estudo objetivou contribuir para solucionar esta lacuna de conhecimento, caracterizar a natureza e extensão da ética, documentar desafios enfrentados pelos cuidados pós-aborto em adolescentes, bem como qualquer orientação disponível sobre o assunto.

No terceiro artigo, as bases de dados MEDLINE / PubMed, Embase e Scopus foram pesquisadas usando termos que descrevem os principais conceitos de interesse. Os artigos foram incluídos ao atenderem quatro critérios de inclusão: (1) inglês; (2) contexto dos países de alta renda; (3) sobre participantes da pesquisa que não são segurados ou de baixa renda, o que limita seu acesso aos cuidados de saúde e em pesquisas clínicas biomédicas que tiveram uma perspectiva de benefício médico direto ou foram oferecidas a eles com base em sua saúde debilitada; (4) reconhece e/ou aborda desafios e considerações éticas de participantes não segurados ou de baixa renda na pesquisa clínica biomédica. Seu objetivo é descrever o que é conhecido e identificar áreas de pesquisa necessária sobre participantes não segurados em pesquisas clínicas biomédicas.

No quarto artigo, foi realizada uma revisão sistemática no PubMed de todas as revisões sistemáticas ou semi-sistemáticas existentes para normas normativas da literatura ética sobre temas médicos. O estudo avaliou ainda como essas revisões relatam seus métodos de pesquisa, seleção, análise e síntese da literatura ética. O objetivo consiste em identificar tendências na quantidade de publicações de revisões sistemáticas e semi-sistemáticas de ética normativa ou “mista” (empírica e normativa ética), as associações acadêmicas dos correspondentes autores e outras características da revisão.

O quinto artigo apresenta três casos famosos de uso de placebo em ensaios cirúrgicos com o objetivo de realizar uma análise ética de sua aceitabilidade usando a Declaração de Helsinque como principal fonte reguladora.

Discussão

Com base no avanço dos estudos de Bioética, tem-se atualmente um consenso científico bem estabelecido de que a participação de seres humanos em pesquisas científicas deve se dar mediante o consentimento livre e esclarecido das pessoas envolvidas. Entretanto, alguns casos acabam suscitando questionamentos de ordem bioética no que tange à real liberdade de escolha de participação por parte dos envolvidos. Esse debate foi aprofundado em recente revisão de literatura, que analisou casos de participantes sem acesso a sistemas de saúde, particularmente aqueles de baixa renda e aqueles sem seguro de saúde ou com seguro de cobertura reduzida. Tal estudo concluiu que é dada pouca atenção a esse segmento de participantes na maioria das pesquisas científicas, e que menos atenção ainda é dada às questões bioéticas envolvidas nesses contextos [1].

Questões ainda mais complexas se impõem quando a pesquisa científica tem por objeto justamente populações de elevada vulnerabilidade social e de saúde, para as quais certos elementos de pesquisa científica, como obtenção de aprovação em comitê de ética e confidencialidade de informação, tornam-se mais delicados de se lidar. Uma revisão de literatura abordou esse contexto analisando pesquisas científicas com adolescentes em cuidados pós-aborto. Questões bioéticas levantadas nesse

estudo incluíam os desafios no recrutamento de adolescentes nessas condições, a situação social e, por vezes, legal dessas mulheres, o sopesamento de riscos e benefícios que uma pesquisa poderia oferecer a elas, e a validade dos consentimentos informados para as pacientes menores de idade. O estudo concluiu que a maioria das pesquisas aborda esses desafios bioéticos, e sugere que grupos de estudo especializados estejam à frente de pesquisas do tipo [2].

Deve ser ressaltado que uma questão bioética nunca se torna obsoleta pelo simples fato de ter sido discutida extensivamente no passado de uma sociedade, pois a dinâmica sociocultural evolutiva da mesma pode fornecer novas perspectivas a serem levadas em consideração na análise daquela questão. É o caso das pesquisas científicas que utilizam placebo, assunto objeto de intenso debate no mundo ocidental nas décadas de 1990 e 2000. Mesmo assim, um artigo aprofundou esse debate ao analisar três casos relevantes envolvendo uso de placebo em pesquisas científicas na área cirúrgica. Demonstrou-se que, em nome da ciência, os pesquisadores realizaram operações falsas no tórax, no joelho e no crânio dos participantes. O estudo propõe analisar a aceitabilidade e a relação risco-benefício desse tipo de estudo à luz da Declaração de Helsinki, o que o torna, no mínimo, altamente questionável [4].

Diante da multiplicidade de questões éticas que podem surgir no processo de uma pesquisa científica, vem ganhando popularidade a instituição de um serviço conhecido como “consultoria de ética clínica”, que é fornecido por um indivíduo ou um grupo para ajudar pacientes, famílias, profissionais da saúde e outros envolvidos a abordarem incertezas ou conflitos no contexto de choque de valores que emergem nos serviços de saúde. Um artigo de revisão de literatura destacou parâmetros de avaliação da qualidade desse tipo de serviço, o que é útil também para direcionar sua implementação em locais que ainda não o possuem. Esses parâmetros incluem acessibilidade do serviço, rapidez de atendimento e desfechos positivos associados ao seu uso [5].

Finalmente, pode-se imaginar que os desafios bioéticos que se impõem nas pesquisas científicas se restringem aos pesquisadores que ativamente participam dos processos de obtenção dos dados primários. Entretanto, uma revisão demonstrou que esses desafios ultrapassam as pesquisas originais para atingir também os profissionais que sistematizam e que fazem uso dessas pesquisas. Isso ocorre porque a tomada de decisões, seja na medicina, na pesquisa científica ou nas políticas de saúde, frequentemente inclui considerações éticas normativas. Entretanto, os padrões modernos de tomada de decisão baseada em evidências científicas ainda dependem de informação ética normativa baseada em opiniões de especialistas. Com 84 artigos analisados, o estudo conclui que há rica fonte de referências para sistematizar também a ética normativa [3].

Conclusão

Diante da análise realizada, percebe-se que a bioética compreende diversas áreas que carecem de uma maior prudência a fim de que essa seja devidamente aplicada. Existe uma linha tênue que separa o consentimento livre e esclarecido da real liberdade de escolha na participação de projetos científicos. Tal situação é mais nítida principalmente no que diz respeito a indivíduos que apresentam uma vulnerabilidade social, principalmente quando esses são os objetos de pesquisa. Desse modo, se faz necessário uma maior vigilância em relação às questões éticas envolvidas. Nota-se também a importância da ética normativa devido a essa transcender a finalidade inicial do estudo ao abranger também aqueles que fazem uso dessas pesquisas. Além disso, mesmo após séculos de discussão no que diz respeito aos processos de intervenção em um grupo de pessoas, ainda existem situações em que não há uma ponderação acurada entre riscos e benefícios. Sendo assim, observa-se a Consultoria em Ética Clínica (CEC), como um alicerce para sanar possíveis conflitos e questionamentos que existiram no decorrer da pesquisa, permitindo que um dos eixos centrais no que consiste a bioética esteja presente: o esclarecimento.

Referências

1. Cho HL, Danis M, Grady C. The ethics of uninsured participants accessing healthcare in biomedical research: A literature review. *Clin Trials*. 2018;15(5):509–521. doi:10.1177/1740774518792277
2. Zulu JM, Ali J, Hallez K, Kass N, Michelo C, Hyder AA. Ethics challenges and guidance related to research involving adolescent post-abortion care: a scoping review. *Reprod Health*. 2018;15(1):71. Published 2018 May 2. doi:10.1186/s12978-018-0515-6
3. Mertz, M., Kahrass, H. & Strech, D. Current state of ethics literature synthesis: a systematic review of reviews. *BMC Med* 14, 152 (2016) doi:10.1186/s12916-016-0688-1
4. Hostiuc S, Rentea I, Drima E, Negoii I. Placebo in Surgical Research: A Case-Based Ethical Analysis and Practical Consequences. *Biomed Res Int*. 2016;2016:2627181. doi:10.1155/2016/2627181
5. Leslie L, Cherry RF, Mulla A, et al. Domains of quality for clinical ethics case consultation: a mixed-method systematic review. *Syst Rev*. 2016;5:95. Published 2016 Jun 7. doi:10.1186/s13643-016-0273-x

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

A Beneficência como Pilar da Bioética

Lorena Tassara Quirino Vieira¹, Lorena Hayashida Carneiro do Prado², Julia Português Almeida³, Marina Elias Rocha⁴, Tárík Kassem Saidah⁵

RESUMO

A beneficência baseia-se nos profissionais da saúde atuarem a favor dos interesses do paciente, mesmo havendo conflito com os interesses médicos ou pessoais de ambos. Através de um estudo descritivo, baseado em uma revisão sistemática da literatura, o artigo tem como objetivo compreender a beneficência como pilar da bioética. Foi executada uma busca de artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS - BIREME, na SciElo, LILACS, e PubMed publicados de 2015 a 2018. As palavras-chave utilizadas foram: “bioethics” e “beneficence”. Foram utilizados 6, os quais se encaixavam nos critérios de inclusão pré-estabelecidos. A partir da análise dos artigos, foi observado que a beneficência e a autonomia são pilares fundamentais da bioética. É de suma importância que o profissional da saúde, a partir da beneficência, respeite e compreenda a autonomia do paciente. A bioética deve nortear os avanços dentro do respeito ao ser humano e à sua individualidade, sem que ocorram possíveis infrações. Todavia, são necessários maiores estudos para uma maior compreensão sobre o tema e as melhores medidas para cada caso em particular.

ABSTRACT

Beneficence is based on health professionals acting in favor of the patient's interests, even if there is a conflict with the medical or personal interests of both. Through a descriptive study, based on a systematic review of the literature, the aims of this article is to understand beneficence as a pillar of bioethics. A search of articles was performed in the databases of the Virtual Health Library - VHL - BIREME, in SciElo, LILACS, and PubMed published from 2015 to 2018. The keywords used were: “bioethics” and “beneficence”. Six articles were used, according to the inclusion criteria. From the analysis of the articles, it was observed that beneficence and autonomy are fundamental pillars of bioethics. It is of almost important that the health professional, from beneficence, respects and understands the patient's autonomy. Bioethics must guide advances in respect for human beings and their individuality,

-
1. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorenatassara4@hotmail.com
 2. **Acadêmica** do curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) – lorena_prado20@yahoo.com.br
 3. **Acadêmico** do curso de Medicina, Universidade Federal de Goiás (UFG) – juliaportugues@hotmail.com
 4. **Doutoranda** no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás (UFG) – marinaeliasrochaenf@gmail.com
 5. **Médico** doutor em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG)
 6. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG)

Correspondência:

Lorena Tassara Quirino Vieira – lorenatassara4@hotmail.com

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

Um dos valores imprescindíveis para a prática médica é a Beneficência. A Beneficência consiste na atuação dos profissionais de saúde em prol dos interesses dos pacientes, mesmo quando os interesses do paciente entram em conflito com os interesses médicos e/ou pessoais de ambos. Uma relação médico-paciente que se pautar nesse princípio corrobora com uma aliança terapêutica respeitosa e catalisadora na promoção à saúde do paciente. [1]

Segundo o Código de Ética Médica, Capítulo I, dos Princípios Fundamentais:

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

Esse documento contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina. Esse parágrafo, portanto, torna evidente a importância da Beneficência para a prática médica. [2]

A partir do século XX, iniciaram-se discussões sobre ética e princípios que viessem a regulamentar o exercício da medicina. Nesse contexto de reação à insuficiência dos princípios para responder à abrangência e à pluralidade da bioética, surge a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), adotada em 2005 pela UNESCO. A DUBDH, que contou com grande participação brasileira em sua elaboração, foi um marco na história da bioética mundial sendo mais democrática e com o objetivo de maximizar os benefícios diretos e indiretos aos pacientes, assim como minimizar os possíveis riscos de danos ao paciente. [3]

Conforme o exposto e procurando oferecer subsídios que proporcionem reflexões quanto à importância da beneficência para uma prática médica de qualidade, o presente artigo tem como objetivo compreender a beneficência como pilar da bioética.

Metodologia

Estudo descritivo, baseado em uma revisão sistemática da literatura, em que foram utilizadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: identificação do tema; seleção de dados eletrônicos, com estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra avaliação dos estudos incluídos na revisão sistemática; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados evidenciados.

Os critérios de elegibilidade do estudo foram artigos disponíveis gratuitamente com texto completo e estudos publicados nos idiomas português e inglês. Foram excluídos artigos disponíveis apenas em resumo, estudos publicados em fontes que não disponíveis eletronicamente, como artigos, monografias, dissertações e teses; comentários e cartas ao leitor; estudos duplicados, inconclusivos ou que não apresentaram relação com o tema.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: qualidade dos artigos, em língua inglesa e portuguesa; artigos que trouxessem dados clínicos, epidemiológicos e científicos em diferentes populações e artigos indexados no referido banco de dados.

Foi executada uma busca de artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS - BIREME, na SciELO, LILACS, e PubMed publicados de 2015 a 2018. As palavras-chave utilizadas foram: “bioethics” e “beneficence”. Foram encontrados 75 artigos, mas apenas 6 foram utilizados, posto que os outros não se encaixavam nos critérios de inclusão.

Resultados

Durante a busca na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS - BIREME, na SciELO, LILACS, e Pubmed/Medline, foram encontrados, com as palavras-chave pesquisadas, 21 artigos. Com a utilização do filtro de data, restaram 6. Com o intuito de responder os objetivos propostos, foram selecionados estes artigos, apresentados no quadro sinóptico (Quadro 1).

QUADRO 1 – SINOPSE DOS ARTIGOS SELECIONADOS APÓS A BUSCA NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE – BVS - BIREME, NA SCIELO, LILACS, E PUBMED/MEDLINE

ARTIGO 1	
Título	Estudo crítico do princípio de benefício e dano
Ano de publicação	2015
Nome da revista	Revista Bioética
Autores	Flávio Rocha Lima Paranhos, Volnei Garrafa e Rosana Leite de Melo
Objetivos	Analisar criticamente o princípio de maximizar benefício e minimizar dano, tendo como ponto de partida o artigo da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) que trata do tema.
Metodologia	Revisão
Resultados	Nesse ponto, pudemos observar um viés claramente equivocado, na medida em que é proposto um conceito bastante limitado de benefício, por parte de alguns autores norte-americanos. Ao valer-se de argumentos tradicionalmente principialistas para defender suas posições, tais autores reforçam (involuntariamente) a necessidade de outra via de ponderação bioética, a DUBDH.
Conclusão	Pode-se constatar, pelo levantamento da literatura, que ainda restam muitas situações em que os mais vulneráveis estão sob risco. Não por acaso, tais situações acontecem justamente nos países mais pobres, onde, então, se procura relativizar sua vulnerabilidade, intensificando assim os benefícios que lhes são devidos e os riscos de danos a que estão potencialmente expostos. Constata-se também, tanto nas ameaças à vulnerabilidade quanto na sua defesa, que os princípios tradicionais do Relatório Belmont revelam-se insuficientes como instrumentos de argumentação.
ARTIGO 2	
Título	Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil.
Ano de publicação	2014
Nome da revista	Revista Bioética
Autores	Alvaro Angelo Salles
Objetivos	Mostrar que a diversificação das necessidades de pacientes brasileiros com referência ao bem estar espiritual na fase final da vida pode gerar dilemas bioéticos novos para o profissional da saúde que não conheça os fundamentos das principais correntes espiritualistas do país.
Metodologia	Revisão
Resultados	Defendendo que tal conhecimento é ferramenta útil para o profissional da saúde que quer observar os princípios da beneficência e do respeito à autonomia do paciente, o texto disponibiliza algumas orientações básicas das principais linhas espiritualistas brasileiras sobre os processos da morte e do morrer.

ARTIGO 2	
Conclusão	<p>Acreditamos que, ao adotar uma atitude de compreensão em relação às crenças do paciente, o profissional revela seu interesse humano e espiritual por aquele que recebe seus cuidados. E essa preocupação com o outro é a própria tradução em atos dos princípios bioéticos da alteridade e do respeito à autonomia do doente. O momento da morte será um pouco menos complexo para ambas as partes - paciente e profissional da saúde - a partir dessa postura de tolerância, respeito e compaixão, elementos de suporte humano que não deveriam faltar nem poderiam ser substituídos pelo suporte tecnológico, como já foi preconizado por Potter. O profissional da saúde trabalha, sim, pela vida, mas talvez esse suporte humano ajude a ele e ao paciente a entenderem que, como ensina Hegel, vida e morte estão profundamente entrelaçadas, pois não há vida sem morte - em uma planta, a morte do botão permite a vida da flor, a morte da flor permite a vida do fruto, o qual nos vai permitir perceber o verdadeiro sentido da árvore.</p>
ARTIGO 3	
Título	Relação entre tempo de exercício profissional e ocorrências éticas em enfermagem.
Ano de publicação	2018
Nome da revista	Rev. Enferm. UERJ
Autores	Adaiele Lucia Nogueira Vieira da Silva ; Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido; Sebastião Junior Henrique Duarte; Ana Tania Lopes Sampaio; Regina Maria dos Santos
Objetivos	Analisar a relação entre tempo de exercício na profissão e ocorrências éticas de profissionais de enfermagem envolvidos em denúncias registradas no Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (COREN/MS).
Metodologia	Trata-se de pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, sendo analisadas as denúncias registradas junto ao COREN/MS, no período de 2003 a 2013. Pesquisa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.
Resultados	Foram analisadas 111 denúncias, envolvendo 68 enfermeiros, 41 técnicos e 41 auxiliares de enfermagem. O grupo de profissionais com 1 a 5 anos de formação envolveu-se mais em ocorrências éticas (44,7%).
Conclusão	O predomínio de envolvimento de profissionais de enfermagem recém-formados em ocorrências éticas indica que é imperativa a realização de mais pesquisas sobre a bioética na formação da enfermagem brasileira, seja para conhecer a real situação, quanto para fornecer subsídios para a tomada de decisão da equipe de enfermagem.
ARTIGO 4	
Título	Patient- or person-centred practice in medicine? – A review of concepts
Ano de publicação	2017
Nome da revista	African Journal of Primary Health Care & Family Medicine
Autores	Jakobus M. Louw, Tessa S. Marcus e Johannes F.M. Hugo.
Objetivos	Analisar elementos essenciais, princípios éticos, lógica e aplicação prática da prática centrada na pessoa descrita em clínicas e pesquisadores estruturas conceituais, termos e práticas.
Metodologia	Revisão
Resultados	Cinco marcos conceituais foi identificado em termos de aplicação prática de os princípios éticos de beneficência, autonomia e justiça. Eles convergem em torno de alguns ideias centrais, como ter uma perspectiva holística dos pacientes e sua experiência com a doença, uma aliança terapêutica entre o paciente e o clínico, bem como respeitosa, permitindo colaboração com o paciente.
Conclusão	As diferenças terminológicas parecem dever mais a origens disciplinares do que a significado substantivo. O benefício precisa ser equilibrado e praticado através do respeito pela autonomia do paciente. Ideias centrais nas estruturas conceituais existentes de centralização do paciente ou da pessoa podem orientar o ensino e a pesquisa. Considerando o valor e o imperativo ético de pessoas centradas na pessoa Na prática, as instituições de treinamento devem treinar estudantes e profissionais de saúde em seus preceitos

ARTIGO 5	
Título	How Ethical Is Our Current Delivery of Care to Patients with Severe and Complicated Obesity?
Ano de publicação	2018
Nome da revista	Obesity Surgery
Autores	Hilary Craig, Carel le Roux, Fiona Keogh e Francis M. Finucane.
Objetivos	Descrever até que ponto os formuladores de políticas de saúde e os serviços de saúde financiados publicamente têm uma obrigação ética de fornecer cuidados bariátricos.
Metodologia	V
Resultados	Constatamos que em relação à autonomia (ou seja, o direito à autodeterminação), beneficência, não maleficência e justiça (ou seja, a obrigação de fornecer tratamento justo e equitativo a todos os pacientes), a atual oferta de assistência cirúrgica bariátrica caiu falta de atender aos padrões éticos médicos reconhecidos internacionalmente.
Conclusão	Essas descobertas têm implicações importantes para a política governamental e a alocação de recursos em saúde. Respeitar o direito de autodeterminação do indivíduo, fazer o bem, prevenir danos e proporcionar equidade no acesso aos serviços é fundamental, mesmo quando esse indivíduo é obeso.
ARTIGO 6	
Título	A importância da bioética na prática odontológica: considerações atuais da literatura.
Ano de publicação	2018
Nome da revista	Obesity Surgery
Autores	Jefferson David Melo de Matos, André Guimarães Rodrigues, Alessandra Dossi Pinto, Guilherme da Rocha Scalzer Lopes e Valdir Cabral Andrade.
Objetivos	Revisar a literatura sobre os meios pelos quais o cirurgião-dentista deve orientar sua conduta, tornando-se ciente daquilo que lhe é exigido em relação à sua profissão.
Metodologia	Revisão
Resultados	A bioética baseia-se em quatro princípios básicos que estabelecem uma metodologia para analisar os casos concretos e os problemas éticos que ocorrem na prática da assistência à saúde, sendo eles: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. Sendo esses princípios fundamentais para o desenvolvimento da bioética, com isso, abordando uma forma peculiar de definir e manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde e seus pacientes.
Conclusão	A bioética deve nortear os avanços dentro do respeito ao ser humano e à sua individualidade, sem que ocorram possíveis infrações. Todavia, são necessários maiores estudos para uma maior compreensão sobre o tema e as melhores medidas para cada caso em particular.

Dos artigos selecionados não teve nenhum periódico predominante, tendo um equilíbrio e um representante de cada.

Discussão

Os artigos achados demonstram diversos assuntos contextualizando a bioética e o princípio da beneficência em diversos temas. Dentre eles, a bioética envolvendo a cirurgia bariátrica, a questão da terminalidade e da espiritualidade, a formação dos profissionais de saúde e a bioética no âmbito do cirurgião-dentista.

Inicialmente, percebe-se uma análise do princípio do benefício e dano, no sentido da existência de uma necessidade de haver uma maximização dos benefícios e uma minimização do dano. Essas análises se mostraram mais necessárias, principalmente, após a 2ª Guerra Mundial, quando estudos eram feitos em humanos em condições absurdas. Existem diversos documentos criados após esse período para discussão do assunto, e é a partir do Relatório de Belmont que o princípio da beneficência deixa de ser visto como um favor e passa a ser visto como uma obrigação. Diversos outros documentos foram feitos, no entanto, apenas a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) foi capaz de suprir de forma mais abrangente à realidade, principalmente quando se tratando de pesquisas. [4]

Observa-se também uma análise da bioética e os princípios da autonomia e beneficência no processo da terminalidade e sua ligação com a espiritualidade, mostrando como essas duas questões estão ligadas desde tempos muito antigos e, por isso, a importância do profissional de saúde compreender a religiosidade do paciente em estado terminal e saber até onde pode interferir. Assim, vê-se como a alteridade, ou seja, o médico se colocar no lugar do paciente pode ajudá-lo a compreender melhor a situação e vulnerabilidade que o paciente se encontra. Além disso, percebe-se, também, que o respeito a essa espiritualidade do paciente significa um cumprimento tanto do princípio da autonomia, como do princípio da beneficência. [5]

O artigo 3 traz à tona o assunto da importância da formação do profissional de saúde para que sejam cumpridos os princípios bioéticos. O artigo fala sobre essa relação na prática da enfermagem, no entanto, é possível discuti-la tratando-se de profissionais de saúde em geral, já que quase todos os cursos enfrentam, atualmente, os mesmos problemas de aumento de vagas para profissionalização, mas há uma baixa fiscalização desses cursos, que, muitas vezes, não incluem uma formação bioética de qualidade. Assim, tem-se percebido um crescente aumento de ocorrências éticas nesse meio. Isso traduz-se na importância de uma melhor fiscalização dos cursos de formação dos profissionais de saúde, que devem sair para o meio de trabalho conhecendo bem as questões éticas que envolvem seu trabalho e suas implicações. [6]

Somos, também, apresentados ao cuidado centrado na pessoa, que é uma prática médica que procura trazer uma maior personalização e integração na prática clínica, considerando, assim, questões importantes de cada paciente como valores, personalidade, emoção e espiritualidade, que são, assim, associados às suas necessidades médicas. A prática do cuidado centrado na pessoa procura promover um equilíbrio entre a beneficência e a autonomia, de modo que um princípio não restrinja o outro. Algumas práticas importantes no cuidado centrado na pessoa são entender o paciente de forma profunda, ser realista, permitindo o crescimento da relação médico-paciente, compartilhar com o paciente o poder e as responsabilidades e a formação de uma aliança terapêutica. Todas essas práticas são importantes para que os princípios de beneficência e autonomia sejam cumpridos. [1]

Já se tratando dos princípios éticos no contexto da cirurgia bariátrica, percebe-se como o princípio da beneficência é cumprido. São demonstrados no artigo estudado diversos estudos que demonstram a efetividade da cirurgia, levando o paciente a uma perda de peso que consegue ser mantida por muitos anos, reduz a mortalidade de pacientes diabéticos e gera uma maior perda de peso do que apenas a mudança no estilo de vida, além da questão econômica, já que o valor da cirurgia compensa os possíveis gastos que um paciente obeso teria no futuro. [8]

Conclusão

Na análise dos artigos, foram encontrados assuntos contextualizando a bioética e o princípio da beneficência relacionando com a bioética envolvendo a cirurgia bariátrica, a questão da terminalidade e da espiritualidade, a formação dos profissionais de saúde e a bioética no âmbito do cirurgião-dentista.

Diante da análise realizada, foi observado que a beneficência e a autonomia e a espiritualidade em processos terminais possuem relação histórica antiga, demonstrando a importância do profissional da saúde de compreender e respeitar a autonomia, a religiosidade de cada paciente, o que possibilita uma maior aproximação entre o profissional da saúde e o paciente, humanizando cada vez mais o atendimento clínico. Na prática, as instituições de treinamento devem treinar estudantes e profissionais de saúde, a fim de compartilharem do respeito ao paciente e da ética clínica.

Ao se tratar de pacientes com obesidade, os princípios bioéticos da beneficência e da autonomia são de suma importância na efetividade de cirurgias bariátricas a curto e a longo prazo. Todavia, são necessários maiores estudos para uma maior compreensão sobre o tema e as melhores medidas para cada caso em particular.

Referências

1. Louw, J. M., Marcus, T. S., & Hugo, J. (2017). Patient- or person-centred practice in medicine? - A review of concepts. *African journal of primary health care & family medicine*, 9(1), e1–e7. doi:10.4102/phcfm.v9i1.1455.
2. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Revisão do Código de Ética Médica, Brasília, 2010.
3. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos. Unesco; 2005. [Internet]. [acesso 09 jan 2020]. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/undh.htm>
4. PARANHOS, Flávio Rocha Lima; GARRAFA, Volnei; MELO, Rosana Leite de. Estudo crítico do princípio de benefício e dano. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 12-19, abr. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231041>.
5. SALLES, Alvaro Angelo. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 397-406, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300002&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223021>.
6. SILVA, Adaele Lucia Nogueira Vieira da; CANDIDO, Mariluci Camargo Ferreira da Silva; DUARTE, Sebastião Junior Henrique; SAMPAIO, Ana Tania Lopes; SANTOS, Regina Maria dos. Relationship between length of service and ethics violations in nursing. *UERJ Nursing Journal*, V. 26 (2018) Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23058/27013> <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.23058>
7. MATOS, J.; RODRIGUES, A.; PINTO, A.; LOPES, G.; ANDRADE, V. A importância da bioética na prática odontológica: considerações atuais da literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 23, n. 2, 22 out. 2018. <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8316>.
8. Craig, H., le Roux, C., Keogh, F., & Finucane, F. M. (2018). How Ethical Is Our Current Delivery of Care to Patients with Severe and Complicated Obesity?. *Obesity surgery*, 28(7), 2078–2082. doi:10.1007/s11695-018-3301-1

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Bioética e as anomalias fetais

Camila Silva Garcia¹; Eliângela Falcão Garcia²; Gabriella Silva Garcia Tagawa³; Waldemar Naves do Amaral⁴

RESUMO

As anomalias fetais ultimamente têm sido muito prevalentes na população de gestantes, o diagnóstico, tratamento e o prognósticos dessas tiveram avanços extraordinários nas últimas décadas. Em algumas síndromes, a inviabilidade fetal trás à tona a discussão sobre interrupção da gravidez. Entre as várias opções de resoluções disponíveis, cabe à gestante, depois do consentimento do seu médico, decidir sobre a melhor forma de intervenção. Os profissionais médicos devem sempre estar atentos aos princípios da bioética para que as decisões terapêuticas estejam de acordo com os preceitos éticos e legais.

Palavras-chave: Bioética; Anomalia fetal; Aborto; Gestante.

ABSTRACT

Fetal anomalies lately have been very prevalent in the population of pregnant women, their diagnosis, treatment and prognosis have made extraordinary advances in recent decades. In some syndromes, fetal infeasibility brings up the discussion about termination of pregnancy. Among the various resolution options available, it is up to the pregnant woman, after the consent of her doctor, to decide on the best form of intervention. Medical professionals must always be aware of the principles of bioethics so that therapeutic decisions are in accordance with ethical and legal precepts.

Keywords: Bioethics; Fetal anomaly; Abortion; Pregnant.

-
1. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – camila.ss.garcia@gmail.com
 2. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – garciaeliangela@gmail.com
 3. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – gabigarcia55@hotmail.com
 4. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – centrodeestudos@hmdi.com.br

Correspondência:

Camila Silva Garcia – Rua S5, 634, Edifício Toronto, apt. 204, Setor Bela Vista CEP 74823-460. Goiânia/GO, Brasil

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

O termo Bioética vem sendo bastante discutido na atualidade médica, segundo Kottow:

"(...) trata-se de um conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam eticamente os atos humanos, entendendo que estes atos afetam, de maneira real ou potencial, e de forma profunda e na maioria das vezes, irreversíveis os sistemas vivos".

As anomalias, malformações ou anormalidades congênitas fetais são entendidas como alterações funcionais ou estruturais do feto, as quais ocorrem em um período pré-nascimento, podendo ser de causas genéticas, ambientais e idiopáticas, mesmo que essas anomalias se manifestem após o nascimento^{2,3}.

São internacionalmente classificadas segundo critérios anatômicos, funcionais ou genéticos, podendo ser categorizadas ainda como maiores ou menores: as malformações maiores seriam graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte, enquanto as menores levam a fenótipos que se sobrepõem aos normais². Quanto à sua etiologia, sabe-se que as anormalidades cromossômicas, os teratógenos e a herança multifatorial estão envolvidas. A literatura também aponta que muitas causas ainda são desconhecidas. Embora os fatores genéticos correspondam à maioria das anomalias congênitas, fatores ambientais, tais como exposição a compostos químicos ambientais, radiação, fatores mecânicos, agentes infecciosos, doenças metabólicas maternas e exposição a medicamentos, tabaco, álcool e outras drogas durante o período periconcepcional, também são importantes fatores de risco para as malformações³.

A prevalência de malformações fetais na população está em torno de 4%³. Aproximadamente 20% das gestações com fetos malformados terminam em abortamento espontâneo e os 80% restantes nascerão mortos ou vivos, resultando em 3% a 5% de recém-nascidos com anomalias congênitas. No Brasil, elas constituem a segunda causa de mortalidade infantil⁴, sendo mais frequente nas gestantes mais jovens e naquelas acima de 35 anos, nas tabagistas ou que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, nas gestantes com poucas consultas pré-natais e nas desfavorecidas socioeconomicamente³.

As anomalias estruturais podem ser divididas em quatro categorias: malformação, ruptura, deformação e displasia. A malformação acontece devido a um defeito intrínseco tecidual, que tem origem durante o desenvolvimento dos tecidos ou quando o órgão é afetado, resultando em alterações persistentes. Nessa categoria, também são considerados os distúrbios cromossômicos apresentados como síndrome, como a síndrome de Down, por exemplo. A ruptura é definida como a destruição ou alteração de estruturas já formadas e normais, como a redução de membros causada por anomalias vasculares, por exemplo. A deformação pode ser entendida como uma alteração da forma, contorno ou posição de um órgão, como o pé torto congênito. Já a displasia é caracterizada como a organização anormal das células nos tecidos, levando a alterações morfológicas, o rim policístico é um exemplo⁵.

Com o avanço da tecnologia no âmbito do diagnóstico por imagem, as anomalias fetais começaram a ser diagnosticadas intraútero, tal evolução foi difundida no Brasil no fim dos anos 70, logo após iniciou a medicina fetal, que introduziu as intervenções ainda intraútero. Porém, a maioria delas não possui tratamento ou cura, levando à procura de meios de interrupção da gestação, como por exemplo em casos de anencefalia⁶.

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar que as anomalias fetais repercutem nas gestantes não só em aspectos psicológicos, mas também em aspectos sociais e éticos, demonstrando as possíveis alternativas legais existentes para uma possível interrupção da gravidez.

Materiais e Métodos

Este artigo constitui uma revisão bibliográfica de caráter analítico sobre Bioética e anomalias fetais. Foram utilizados para elaboração do presente artigo, literatura de termos médico-legais, jurídicos e éticos, retirados de revistas médicas e publicações do ministério da saúde, pesquisa eletrô-

nica na Internet, Scientific Eletrônico Library Online (SCIELO), National Library of Medicine (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde e Medline. As palavras-chave utilizadas foram “bioética” “anomalias fetais” “diagnóstico por imagem” “Ética” e “saúde mental de gestantes”; separando-se todas as bases de dados, foram separados em 11 bibliografias.

Discussão

A gestação é um fenômeno complexo que envolve fatores de diversas ordens. Desde a fecundação até o nascimento de um recém-nascido, a gestante e o feto passam por experiências psicológicas, fisiológicas e sociais únicas, as quais fazem com que a mulher crie várias expectativas em relação ao novo ser que está por parir e o papel que deverá assumir. Isso pode resultar em um processo de super idealização da maternidade⁷.

No que toca à comunicação de más notícias, uma revisão de literatura encomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos anos 1990 mostrou que a preocupação maior dos pesquisadores está centrada na importância, ou não, de informar o paciente o quanto ele deve saber. O estudo detectou que os médicos assumem três posturas com relação a quanto informar: uns defendem que a informação tem que ser dada sempre, na íntegra, independentemente das percepções ou necessidades individuais do paciente; outros pregam exatamente o contrário: em nenhuma circunstância os pacientes devem ser informados de doença letal, e o profissional deve lançar mão de mentiras e enganos para garantir a adesão ao possível tratamento; a terceira visão, uma abordagem mais flexível, recomenda levar em conta fatores psicológicos e sociológicos, mas os profissionais que defendem essa tendência esclarecem pouco como respeitar a subjetividade e como se deve dar a notícia⁸.

Consideram-se que a má notícia deve ser comunicada com base em alguns princípios os quais pressupõem desde o preparo do profissional, que deve estar familiarizado com as informações clínicas relevantes, até a escolha de um local para comunicação onde exista o mínimo de interrupções. É fundamental que a transmissão de informações sobre o diagnóstico ocorra de forma compreensível ao paciente, com oferecimento de uma esperança realista sobre o prognóstico da situação e de um suporte emocional para o enfrentamento⁹.

Com o diagnóstico precoce de anomalias fetais por meio da ultrassonografia, iniciou-se uma discussão sobre as possíveis interrupções obstétricas, já que no Brasil o aborto doméstico é considerado crime. Há exceções em casos de estupro, onde realiza-se o aborto sentimental, em que o argumento ético aplicado é o que julga moralmente aceitável interromper a gravidez quando a gestante não buscou de nenhum modo de engravidar; em casos de risco à vida da mulher grávida ou em casos de fetos anencefálicos, conhecido como aborto terapêutico e o aborto eugênico em que é o feito para interromper a gravidez em caso de vida extrauterina inviável necessitando de autorização da justiça.

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento¹⁰.

A premissa moral vigente no Brasil deixa limitada e quase impossível a alteração do Código Penal à luz de princípios constitucionais, como a liberdade ou a dignidade, já que o feto é considerado um ser humano desde a concepção. A grande maioria dos processos que correm na justiça e alvarás sobre o aborto são casos de pedidos de autorização para a interrupção seletiva da gestação em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida^{6,11}.

Considerações finais

É necessário socializar, cada vez mais, informações sobre as anomalias e suas causas e, dessa forma, contribuir para que muitos casos sejam evitados. Apesar de a etiologia genética existir e ser responsável por uma porcentagem considerável da AC, deve-se levar em consideração as causas evi-

táveis, como as infecções que podem ser transmitidas ao feto, endocrinopatias maternas e exposição à radiação. Nesse sentido, faz-se necessário cada vez mais que o tema seja debatido.

Ressalta-se a importância de se estudar o impacto desse fator de risco ao longo da gestação, discutindo possíveis desdobramentos em termos psíquicos, os quais podem ir além do próprio bem-estar físico ou mesmo variar em relação ao período gestacional, de acordo com as ansiedades típicas de cada trimestre. Diante da relevância científica e social de estudos sobre essa temática, o objetivo da presente pesquisa foi investigar o impacto do momento do diagnóstico de malformações congênitas sobre a saúde mental materna com base na análise de indicadores emocionais (ansiedade e depressão) e da percepção da notícia desse diagnóstico por gestantes de risco⁹.

Recomenda-se levar em conta que as decisões da lei brasileira contempla a integração da gravidez somente em 3 situações: produto de estupro/ risco de vida materno/ fetos anencefálicos, sendo que tal disposição deve levar em consideração central a autonomia do casal.

Referências

1. Motta LCS; Vidal SV. Bioética: afinal, o que é isto? Rev Bras Clin Med. [Internet]. 2012 set-out;10(5):431-9. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>
2. Mendes IC; Jesuino RSA; Pinheiro DS; Rebelo ACS. Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis: uma revisão. Rev Med Minas Gerais 2018 jun [Internet]. 28: e-1977. Disponível: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2329>
3. Barros VC; Santos JFC; Lima LA; Fonseca DL; Lovisi GM. Depressão e apoio social em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência no Rio de Janeiro. Cad. Saúde colet. vol.21 no.4 Rio de Janeiro 2013. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400006
4. Barros ML; Fernandes DA; Melo EV; Porto RLS; Maia MCA; Godinho AS; et al. Malformações do sistema nervoso central e malformações associadas diagnosticadas pela ultrassonografia obstétrica. Radiol Bras vol.45 no.6 São Paulo Oct./Dec. 2012. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842012000600005
5. Ramos AP; Oliveira MND; Cardoso JP. PREVALÊNCIA DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS EM RECÉM-NASCIDOS EM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA. Rev. Saúde. Com 2008; 4(1): 27-42. Disponível: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/118/88>
6. Diniz D. Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juizes em cena. Rev. Saúde Coletiva [Internet]., Rio de Janeiro, 13(2):13-34, 2003. Disponível: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2003.v13n2/251-272/pt>
7. Vasconcelos L; Petean EBL. O impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. Psic., Saúde & Doenças v.10 n.1 Lisboa 2009. Disponível: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000100006
8. Perosa GB; Ranzani PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. Rev. bras. educ. med. vol.32 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400009&script=sci_arttext
9. CUNHA ACB; Junior JPP; Caldeira CLV; Carneiro VMSP. Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. Estud. psicol. (Campinas) vol.33 no.4 Campinas Oct./Dec. 2016. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X20160004000601&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf
11. Philosophy & Public Affairs, Vol. 1, no. 1 (Fall 1971). [Internet]. Disponível: <https://spot.colorado.edu/~heathwoo/Phil160,Fall02/thomson.htm>

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Bioética: princípio que não pode ter fim

Gabriella Silva Garcia Tagawa¹; Camila Silva Garcia²; Eliângela Falcão Garcia³; Eduardo Yuri Tagawa Pereira⁴; Waldemar Naves do Amara⁵

RESUMO

A bioética surgiu como um estudo em 1970 com o objetivo de facilitar o enfrentamento de questões éticas que surgem no dia a dia da vida profissional. Utiliza-se de quatro princípios para melhor se caracterizarem, sendo eles a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. No entanto, na medicina ela se estabelece pelo paciente, a relação médico-paciente, o médico e a sociedade em que se está inserida respectivamente. Este trabalho tem como objetivo transcender a importância dos princípios da bioética na medicina moderna. Trata-se de um estudo de revisão na base de dados Scielo, Pub Med, Código de bioética acerca do assunto.

Palavras-chave: Bioética; Princípios; Relações.

ABSTRACT

Bioethics emerged as a study in 1970 with the aim of facilitating the confrontation of ethical issues that arise in the daily life of professional life. Four principles are used to better characterize them being autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. However, in medicine the patient, the doctor-patient relationship, the doctor and the society in which he is inserted, respectively, establish it. This work aims to transcend the importance of the principles of bioethics in modern medicine. This is a review study in the Scielo database, Pub Med, Code of bioethics on the subject.

Keywords: Bioethics; Principles; Relations.

-
1. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – gabigarcia55@hotmail.com
 2. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – camila.ss.garcia@gmail.com
 3. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – garciaeliangela@gmail.com
 4. **Graduando** do curso de Medicina - Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – eduardotagawa@hotmail.com
 5. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – centrodeestudos@hmdi.com.br

Correspondência:

Gabriella Silva Garcia Tagawa – Rua S5, 634, Edifício Toronto, apt. 204, Setor Bela Vista CEP 74823-460. Goiânia/GO, Brasil

Declararam não haver conflito de interesse.

Introdução

Em 1927, em um artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (*bio+ethik*). Esse autor caracterizou a Bioética como sendo o reconhecimento de obrigações éticas, não apenas com relação ao ser humano, mas para com todos os seres vivos.

Em 1998, Van Rensselaer Potter a redefiniu como sendo uma Bioética profunda (*deep bioethics*). A Bioética profunda é “a nova ciência ética”, que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural, que potencializa o senso de humanidade. A Bioética, dessa forma, nasceu provocando a inclusão das plantas e dos animais na reflexão ética, já realizada para os seres humanos.¹ (Revista científica UFRGS 2006).

Para se falar de bioética, três princípios são imprescindíveis para a convivência social, sendo eles a moralidade, a ética e a legalidade. Para complemento da convivência, pode-se incorporar dois outros princípios: “ciência” e “fé”.

Metodologia

Este trabalho foi elaborado a partir de uma revisão de literatura nas bases de dados *Scielo*, *Pub Med*, *Lilacs*, Tratado de bioética e Revista de bioética do CFM. As palavras-chaves utilizadas foram “bioética”, “ética medica”, “moralidade”, “princípios” “legalidade”.

Discussão

A moralidade trata-se de um sistema comportamental imutável. A palavra carrega os conceitos de: (1) padrões morais, no que diz respeito ao comportamento, (2) responsabilidade moral, no que diz respeito à nossa consciência e (3) identidade moral, ou alguém que é capaz de agir certo ou errado.² (Greg Outlaw).

A moralidade compreende um princípio imutável de carácter cultural da criação do indivíduo. As condutas do ser humano vão de acordo com as normas morais de cada, isto faz com que o que é certo para um não seja para o outro. É o único princípio o qual se morre por ele, pois se morre pelo que acredita.

A ética é o que marca a fronteira da nossa convivência. É aquela perspectiva para olharmos os nossos princípios e os nossos valores para existirmos juntos. É o conjunto de seus princípios e valores que orientam a minha conduta. Para as profissões há um “código de ética” com normas de conduta explícitas e escritas, há uma ética aplicada ao exercício da sua atividade.³ (Ética conceitos e fundamentos Neme e Santos unifesp).

Consiste em um princípio escrito, pouco mutável, criado com finalidade de melhorar a relação intra e intergrupos de uma comunidade. Para a intragrupo foi criado o código de ética médica que determina as normas que devem ser seguidas pelos médicos, no seu dia a dia.

O princípio da legalidade se faz essencial para o cumprimento adequado da lei penal, vencendo os desafios que são colocados em seu caminho, permitindo que o direito alcance eficácia dentro do estabelecido na Constituição (Jus 02/18). Ele exige equidade na distribuição de bens e benefícios no que se refere ao exercício da medicina ou área da saúde. Uma pessoa é vítima de uma injustiça quando lhe é negado um bem ao qual tem direito e que, portanto, lhe é devido.⁴ (Bioética, uma aproximação- Joaquin Cloret)

Se faz pela criação de leis, as quais são elaboradas pelos vereadores, deputados estaduais, deputados federais, senadores e então podem ser aprovadas a partir de discussões.

Existem outros dois princípios os quais são relacionados ao conhecimento e não são imprescindíveis para se viver em comunidade, são eles a ciência e a religião.

Bioética: princípio que não pode ter fim

A ciência é aquela que se pode comprovar e possuir a verdade dos fatos, para ela foi criado um comitê ético em pesquisa a fim de assegurar a dignidade e integridade dos que dela participam.

A religião é aquela que não podemos provar, para explicá-la basta ter fé sobre o conhecimento.

Bioética compreende o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, condutas e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar.⁵ (Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillan, 1995:XXI.)

Pode-se também conceber a Bioética como a mais desenvolvida das éticas aplicadas ou como o estudo sistemático das dimensões e argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que interferem e afetam a qualidade de vida de todos os seres vivos e as condições ambientais do Planeta Terra.⁶ (Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2012 set-out;10(5):431-9).

Beauchamp & Childress apresentaram a bioética baseada nos quatro pilares *prima facie* (não absolutos):

- Autonomia
- Não -maleficência
- Beneficência
- Justiça

Sua tarefa não é elaborar novos princípios éticos gerais, mas aplicar esses princípios no âmbito das ciências da vida e do cuidado da saúde, em especial aos novos problemas que estão surgindo.⁷ (Ministério da saúde).

Na prática médica, a ética pode ser analisada sob três aspectos: a relação médico-paciente, o relacionamento dos médicos entre si e com a sociedade. Sob tal estratificação, objetivando examinar a dinâmica de sua aplicação durante o exercício da medicina, a relação médico-paciente, o princípio de não prejudicar, a equidade, a autonomia do paciente, o sigilo, o respeito à vida - sobretudo a postura diante do aborto e da eutanásia - e o relacionamento entre os profissionais médicos e entre esses e a sociedade.⁸ (Rev Bioetica N5 final 25/11/02).

A autonomia diz respeito às escolhas realizadas pelo próprio indivíduo, as quais deverão ser respeitadas em todas as relações, principalmente na médico-paciente.

A não-maleficência caracteriza-se por nunca fazer o mal em qualquer situação na medicina; pelo não prejuízo ao paciente, nele o médico deve minimizar os danos ou malefícios ao paciente.

A beneficência, que é preciso sempre fazer o bem em qualquer condição. Na saúde, tem como a obrigatoriedade ao médico de dar o seu melhor ao desempenhar sua função e promover o bem ao paciente.

A justiça determina que a verdade deve sempre ser o norte em qualquer situação, sendo que na medicina está no atendimento igualitário a todos os pacientes, sem que haja benefício para algum grupo de usuário ao atendimento.

Considerações finais

Diante do exposto, concluímos que para se viver em boa convivência social é necessário ter moral, ética e leis, porém, consegue-se viver em comunidade sem ciência e religião.

Embora exista a divisão a sobre os pilares da bioética, eles são não absolutos, somente servem como regras gerais a serem seguidas e orientar quanto a tomada de decisões individuais frente a casos éticos.

Recomenda-se promover educação continuada de bioética ao povo, desde o ensino fundamental, onde a autonomia deve ser defendida como direito de “ir e vir” e como peça fundamental na democracia onde é preciso antes de fazer o bem, não se fazer o mal. E que senso de justiça deve ser perseguido sempre como verdade cristalina dos fatos.

Bioética: princípio que não pode ter fim

Os pilares da bioética são essenciais à vida humana em coletividade, porém os mesmos estabelecem deveres como a responsabilidade cível, ética e administrativa de todos. Deve-se haver educação populacional no sentido de favorecer os três princípios básicos para que a população seja ética, haja lei e sejam morais.

Referências

1. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA [Internet]. 2006;26(2):86-9. Disponível: <https://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf>.
2. Tudo sobre filosofia. Moralidade. Disponível: <https://www.allaboutphilosophy.org/portuguese/moralidade.htm>
3. Neme CMB; Santos MAP. Ética conceitos e fundamentos. Acervo digital UNESP [Internet]. Pag. 01 – 06 Disponível: https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155316/1/unesp-nead_reei1_ee_d05_texto1.pdf
4. Clotet J. BIOÉTICA uma aproximação. Porto Alegre: Edipucrs. 2003. Disponível: <http://www.pucrs.br/edipucrs/digitalizacao/irmaosmaristas/bioetica.pdf>
5. Schramm FR, Braz M. Introdução á bioética. 1994. Ética Prática [Internet]. São Paulo. Disponível: <http://www.ghente.org/bioetica/index.htm>.
6. Motta LCS, Vidal SV, Batista RS. Bioética: afinal, o que é isto?. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2012 [acesso 03 fev 2020] 10(5):431-9. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>
7. Silva CHD. PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA. Ministério da saúde. 2009. P 17. Disponível: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/principios_bioeticas.pdf
8. Monte FQ. A ética na prática médica. Rev Bioética [Internet]. 2002. 10(2). Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/212/213

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Prescrição médica e o uso irracional de medicamentos: uma revisão bibliográfica

Matheus Ferreira Gonçalves¹, Bruno Oliveira Araujo Rosas², Rui Gilberto Ferreira³, Lucas Guimarães Lobo⁴, Thaynara de Moraes Pacheco⁵

RESUMO

A prescrição médica é um documento médico escrito de alta importância, com competências de âmbito legal, técnico e clínico. É um instrumento essencial para a indicação da terapêutica, devendo conter informações de identificação do paciente e do tratamento a ser utilizado, informando a dose, a frequência e a duração do tratamento adequado ao perfil e a condição de saúde do paciente. No entanto, a automedicação, o uso desordenado e incorreto, assim como uma prescrição ilegível determinam incontáveis danos ao paciente. Desse modo, devido à escassez de literaturas sobre o assunto, o presente trabalho baseia-se em uma Revisão Bibliográfica Descritiva, em que foram usadas as plataformas de dados sciELO e Pubmed, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Código de Ética Médica. Torna-se claro que o uso irracional de medicamentos tem grande impacto nos custos em saúde, no surgimento de resistência antimicrobiana, no aumento do risco de reações adversas e na dificuldade de aderência ao tratamento pelos pacientes. Nesse contexto, algumas medidas precisam ser consideradas com a finalidade de melhorar a prescrição e uso de medicamentos. Recomenda-se que os países implementem um programa nacional de medicamentos para coordenar intervenções a longo prazo em todos os níveis do sistema de saúde, estratégias multifacetadas sejam aplicadas em nível nacional e campanhas educacionais sejam direcionadas a crianças e demais profissionais de saúde sobre o não uso medicamentoso e as possíveis consequências do uso incorreto.

Palavras-chave: Prescrições; Prescrição de Medicamentos; Prescrição Inadequada; Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição; Uso Indevido de Medicamentos.

ABSTRACT

Medical prescription is a medical document of high importance, with legal, technical and clinical functions. It is an essential instrument for therapeutic indication, and should contain the patient identification and treatment's information, like dosages, frequency and duration indicated to the patient's profile and health conditions. However, self-medication, drug misuse and illegible prescription can lead to the harms for patients. Thus, due to the scarcity of literature on the subject, the present work is based on a Descriptive Bibliographic Review, in which the sciELO and Pubmed data platforms were used, in addition to resolutions of the Federal Council of Medicine and the Medical Code of Ethics. It is clear that irrational use of medications has a huge impact on health costs, on the antimicrobial resistance emergence, increasing the risk of side effects and on the difficulting patients adherence. In this context, some measures need to be considered in order to improve the prescription and medications use. It's recommended that countries implement a national drug program to coordinate long-term interventions at all health system levels; multifaceted strategies should be applied at the national level and educational campaigns about non-use of drugs and the possible consequences of misuse should be directed to children and other health professionals.

Keywords: Prescriptions; Drug prescriptions; Inappropriate Prescribing; Prescription Drug Misuse; Drug Misuse.

-
1. **Acadêmico** da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
 2. **Médico** pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados
 3. **Médico** pela Universidade de Brasília
 4. **Médico** pela Universidade José do Rosário Velano (UNIFENAS), e-mail: lucaslobo71@gmail.com
-

Introdução

A prescrição médica é um documento médico escrito de alta importância, com competências de âmbito legal, técnico e clínico. É um instrumento essencial para a indicação terapêutica, devendo conter informações de identificação do paciente e do tratamento a ser utilizado, informando a dose, a frequência e a duração do tratamento adequado ao perfil e à condição de saúde do paciente. A falta de compreensão da prescrição é considerada uma importante razão para a não adesão ao tratamento medicamentoso. Quando feita de modo irracional, leva a tratamentos ineficazes e pouco seguros, gerando reações adversas e exacerbação ou prolongamento de doenças. Além disso, causa estresse ao paciente e provoca perdas econômicas tanto para o governo quanto para o indivíduo. (Cruzeta *et al.*, 2013).

Problemas na compreensão das informações da prescrição são comuns nos serviços de saúde e suas causas podem ser atribuídas a uma linguagem complexa, informações desorganizadas ou implícitas e uma caligrafia inadequada, as quais tornam ilegível a informação escrita. Contudo, supõe-se que outros fatores como a quantidade de medicamentos, as classes farmacológicas, a forma farmacêutica e os nomes dos medicamentos (se genérico ou não) presentes na prescrição poderiam influenciar na sua compreensão (Cruzeta *et al.*, 2013).

Ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica, necessariamente, em melhores condições de saúde ou qualidade de vida. Isso acontece porque, apesar de os medicamentos serem indispensáveis na recuperação da saúde, podem se tornar perigosos quando usados inadequadamente. Por isso, maus hábitos na prescrição médica, falhas na dispensação e automedicação tem sido problemas globais extremamente sérios (Portela *et al.*, 2012).

Em contrapartida, o uso racional de medicamentos é o uso seguro, efetivo e economicamente viável das drogas. Os pacientes devem receber medicamentos adequados às suas condições de saúde, em doses e tempo suficientes, com custo que a comunidade e o paciente podem arcar. Por isso, a prescrição médica é um dos pilares cruciais que deve ser trabalhado na busca incessante do uso racional de medicamentos (Hogerzeil, 1995).

Metodologia

O presente trabalho baseia-se em uma Revisão Bibliográfica Descritiva, em que foram utilizadas as plataformas de dados sciELO e Pubmed, além de resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Código de Ética Médica, definindo os fundamentais conceitos e avaliando a extensão, alcance e natureza desta investigação. A posteriori, após a estratificação dos dados da investigação, serão divulgados os aspectos relevantes encontrados e identificadas as lacunas de pesquisas existentes.

Referencial Teórico

A prescrição médica constitui documento oficial. Como tal, ela deve contemplar a identificação do paciente e do profissional emissor, e informações acerca do fármaco a ser dispensado ao paciente: dose, modos e horários de administração. Seus responsáveis - prescritor e dispensador - são sujeitos à legislação de controle e às ações de vigilância sanitária. Uma boa prescrição ou um tratamento bem escolhido deve conter o mínimo de medicamentos possível e estes devem ter o mínimo potencial para provocar reações adversas, inexistência de contraindicações, ação rápida, forma farmacêutica apropriada, posologia simples e por um curto espaço de tempo (Portela *et al.*, 2010).

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos errados ou dispensados irracionalmente e mais da metade dos pacientes não aderem aos regimes de tratamento propostos (Sisay *et al.*, 2017). A OMS também afirma que, em países em desenvolvimento, menos de 40% dos pacientes na atenção primária e 30% dos de setor privado são tratados de acordo com as diretrizes específicas. Menos da metade de todos os países estão implementando muitas das políticas básicas necessárias para garantir uso apropriado de medicamentos, como monitoramento de uso, atualizações de diretrizes clínicas, centro de informações sobre medicamentos e comitês nos hospitais (Holloway, 2011).

Uma metanálise realizada em 2017 investigou os principais fatores de risco para prescrições irracionais e encontrou que os principais fatores relacionados aos pacientes são a demanda por medicamentos e o baixo conhecimento médico. Com relação aos médicos, os problemas são: diagnóstico impreciso, conhecimento inadequado, falta de experiência, má educação médica e dificuldades na relação médico-paciente. Além disso, existem os fatores institucionais e políticos, que incluem incentivos financeiros, cobertura de seguros, subsídio de medicamentos, programas de monitorização ineficazes, propagandas de medicamentos, falta de orientações clínicas e venda de medicamentos próximos da data de vencimento (Mohamadloo *et al.*, 2017)

Esse uso irracional de medicamentos tem grande impacto nos custos em saúde, no surgimento de resistência antimicrobiana, no aumento do risco de reações adversas e na dificuldade de aderência ao tratamento pelos pacientes. As reações adversas, por exemplo, estão entre as dez principais causas de morte nos Estados Unidos e geram um custo estimado ao país de 30 a 130 bilhões de dólares por ano. Entre exemplos de uso irracional, estão: uso de muitos medicamentos por paciente (polifarmácia); via de administração inadequada (uso de drogas injetáveis via oral, por exemplo); uso de antibióticos em infecções não bacterianas; uso de antimicrobianos em dose e tempo inadequados; prescrições que não seguem diretrizes clínicas e automedicação (OMS, 2004).

Apesar de todas as ferramentas e fontes de informações disponíveis atualmente, o uso irracional de medicamentos continua acontecendo. Por isso, uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde é a disseminação da utilização racional e adequada. Seguindo essa orientação, foi elaborada a Política Nacional de Medicamentos, que tem como uma de suas diretrizes e prioridades a promoção do “Uso Racional de Medicamentos” (URM). O URM é definido como o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos, no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Pela definição de URM, portanto, a prescrição apropriada é um componente importante para a utilização adequada do medicamento; no entanto, no Brasil, ainda há poucas informações sobre a qualidade das prescrições (Araújo e Uchôa, 2011).

Tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, múltiplos estudos sobre intervenções têm sido desenvolvidos para promover uso racional de medicamentos. A OMS avaliou 121 intervenções, de 81 estudos, sendo a maioria delas de natureza educacional. Após análise de indicadores de impacto, a conclusão observada foi a de que as estratégias mais eficazes são aquelas que envolvem mais de uma esfera, multifacetadas, com componentes educacionais e gerenciais (Holloway, 2011).

As recomendações do Código de Ética Médica sobre o assunto trazem que é vedado ao médico:

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

Art. 37º - Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa.

Art. 68º - 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. 69º - Exercer simultaneamente a medicina e a farmácia ou obter vantagem pelo encaminhamento de procedimentos, pela prescrição e/ou comercialização de medicamentos, órteses, próteses ou implantes de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional.

Logo, é de responsabilidade médica a produção de prescrições éticas. Para tal, devem ser legíveis e claras, sem deixar dúvidas ao paciente. O profissional deve ser imparcial e não permitir

que influências externas, como pressão e vantagens oferecidas pela indústria farmacêutica, alterem o tratamento proposto. Por fim, todas as prescrições devem se basear no exame clínico do paciente.

Discussão

Sabendo-se das incontáveis abordagens e aplicações da prescrição, inúmeros debates e apresentações são propostos a fim de que profissionais da saúde conheçam a realidade, podendo atuar de forma clara e eficaz no contexto da prescrição. Ainda que existam medicações com ausência de controle de mercado, outras são extremamente rígidas, chegando a ser submetidas a sistemas que verificam não somente a venda do medicamento, mas também para qual paciente se destina.

A prescrição inadequada de antimicrobianos contribui para a emergência de microrganismos multirresistentes. Ao longo dos anos, vem se tornando um grave problema de saúde pública devido ao prolongamento do tempo de internação, elevação dos custos de tratamento e aumento da mortalidade relacionada às doenças infecciosas. Quase a metade das prescrições de antibióticos em unidades de pronto atendimento é destinada ao tratamento de alguma infecção de vias aéreas superiores, especialmente rinosinusites, otite média aguda supurada e faringotonsilites agudas, sendo que uma significativa parcela dessas prescrições é inapropriada (Piltcher *et al.*, 2018).

O aumento da resistência bacteriana é um problema insurgente em todos os países e decorre da prescrição e uso inadequados dessas medicações. Para o tratamento de malária, por exemplo, há resistência a cloroquina, uma das drogas usadas, em 81 dos 92 países nos quais a doença é endêmica (OMS, 2004).

A antibioticoterapia apropriada significa não usar antimicrobianos na ausência de indicação, nem em esquema errado ou por tempo demasiado. Ao escolher um antibiótico, os prescritores devem preocupar-se com os interesses presentes (cura da infecção) e futuros (redução de resistência adquirida) dos pacientes e das comunidades (Guedes e Alvares, 2015).

Além da prescrição errônea de antimicrobianas, destacamos, também, os medicamentos inapropriados para idosos. No estudo intitulado: Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, dentre as prescrições feitas a 2.500 idosos com um total de 8.760 medicamentos, 2.926 (33,4%) foram considerados inapropriados para uso em idosos. Os fármacos mais prescritos foram os anti-inflamatórios não esteroides, seguidos por medicamentos cardiovasculares e de ação central, fazendo com que esse grupo se torne de alto risco para o aparecimento de iatrogenias (Manso *et al.*, 2015).

Paralelamente, também encontra-se a problemática relacionada ao uso prolongado e inadequado de opióides. A terapia crônica com opioide pode causar dependência e, infelizmente, o diagnóstico de abuso e dependência é feito em minoria dos pacientes que estão utilizando. O Abuso pode ocorrer em até um terço dos pacientes. Há pacientes que usam por automedicação para dor ou para sintomas não dolorosos, obtenção de euforia. Ocorre dependência em até cerca de 25% dos indivíduos que fazem uso. Após tornarem-se dependentes, os indivíduos obtêm também opioide de fonte ilícita. Por esses e outros motivos, a prescrição deve ser feita de forma responsável para o tratamento da dor, visando a redução da possibilidade de abuso e dependência (Nascimento e Sakata, 2011).

Ademais, em concomitância à prescrição de medicamentos inadequados, tem-se a dificuldade com relação à leitura de certas receitas médicas. Em outro estudo, Erros de Prescrição em uma Farmácia Básica do Distrito Federal, quase a totalidade das prescrições analisadas apresentaram abreviaturas, o que as tornavam vulneráveis a erros. As ações de prevenção de erros associados às abreviaturas são simples, efetivas e factíveis em qualquer instituição de saúde. Elas se fundamentam na educação dos profissionais sobre o tema e na elaboração e ampla divulgação de uma lista contendo as abreviaturas, siglas e símbolos que nunca devem ser empregados e os respectivos riscos associados ao seu uso. A segurança do paciente é parte inerente da prestação de assistência à saúde e deve estar presente em todas as etapas do cuidado, especialmente durante o processo de medicação do paciente que abrange desde a prescrição até o monitoramento da adequada atuação da medicação no organismo do indivíduo, garantindo inclusive ausência de interações medicamentosas (Soares Santos *et al.*, 2019).

Para a resolução dos erros de escrita ou letras ilegíveis, em algumas Unidades Hospitalares, instalaram-se as prescrições eletrônicas. Como principais vantagens, podemos destacar a garantia de legibilidade e de adequação das informações necessárias para a dispensação e para a administração de medicamentos de forma segura, permitem acoplar ferramentas em apoio à decisão clínica como alertas de doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito; interações medicamentosas clinicamente significativas; alergias; apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição. Todavia, a prescrição eletrônica não pode ser concebida como “tábua de salvação” para os erros de medicação, uma vez que, se não for corretamente utilizada não será capaz de, por si só, minimizar os erros, fato comprovado em estudo realizado em cinco hospitais de ensino brasileiros, o qual demonstrou que a prescrição eletrônica não eliminou totalmente a possibilidade deste tipo de erro (Santos *et al.*, 2019).

Por outro lado, tem-se algumas medicações que necessitam de prescrições exclusivas, como exemplo, os Antirretrovirais (ARV) no tratamento do HIV. Os medicamentos ARV são distribuídos gratuitamente no Brasil desde 1996 e o controle do estoque e do uso é feito por um sistema informatizado nacional, denominado Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), que integra a Rede de Vigilância em AIDS. Tal controle possibilita um maior reconhecimento do perfil dos pacientes que, apesar de ser um sistema administrativo, pode ser utilizado para a realização de atividades assistenciais, favorecendo o conhecimento dos esquemas ARV prescritos e utilizados nas unidades de dispensação (Madruga *et al.*, 2018).

Em conformidade, durante a entrega do medicamento, como finalização do processo de dispensação, tem-se uma oportunidade de o farmacêutico contribuir para o uso racional de medicamentos, pois na interação com o paciente é possível identificar a necessidade do mesmo e orientar tanto sobre o medicamento quanto sobre educação em saúde, atuando desta forma como um agente de saúde. A dispensação deve ser entendida como integrante do processo de atenção ao paciente, ou seja, como uma atividade realizada por um profissional da saúde com foco na prevenção e promoção da saúde, tendo o medicamento como instrumento de ação (Galato *et al.*, 2008).

Conclusão

As boas práticas em prescrição médica evitam uso inadequado de medicações, promovem bom controle de doenças e diminuem custos de tratamentos. Além disso, também protegem o prescritor de influências externas, como pressão do paciente, maus hábitos de outros colegas e imposição de indústrias farmacêuticas. Deve-se melhorar o treinamento em prescrição racional de medicamentos durante a formação acadêmica dos médicos, da mesma forma com que o diagnóstico e a determinação terapêutica devem seguir guidelines atualizados e recomendações baseadas em evidência.

Em nosso país, é necessário desenvolver um banco de dados mais rigoroso sobre medicamentos, com dados confiáveis, para avaliar acessibilidade, qualidade e custo-benefício, monitorar o uso, avaliar tratamentos que estão sendo realizados sem evidência científica e identificar áreas com maiores problemas, que necessitam de intervenção.

Uma equipe multidisciplinar composta por farmacêuticos, médicos, enfermeiros e analistas de sistema podem tornar-se parceiros na busca de estratégias para prevenção dos erros na medicação. Por fim, a instituição do sistema de prescrição eletrônica e a parceria dos médicos na adequada utilização do mesmo representa um avanço na busca de estratégias para prevenção dos erros.

Assim, o uso racional de medicamentos deve se basear em um tripé. A primeira recomendação é que todos os países implementem um programa nacional de medicamentos para coordenar intervenções a longo prazo em todos os níveis do sistema de saúde. A segunda é a aplicação de estratégias multifacetadas em nível nacional. E, por último, essas intervenções devem ser educacionais, focando em crianças nas escolas e profissionais em farmácias, uma vez que a promoção da conscientização acerca da necessidade do uso correto de medicações deixa claro as inúmeras consequências do uso incorreto e indiscriminado de medicamentos.

Referências

1. ARAÚJO, P. T. D. B.; UCHÔA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1107-1114, 2011. ISSN 1413-8123.
2. CRUZETA, A. P. S. et al. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 12, p. 3731-3737, 2013. ISSN 1413-8123.
3. GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 44, n. 3, p. 465-475, 2008. ISSN 1516-9332.
4. GUEDES, R. A. D. C.; ALVARES, A. D. C. M. Uso racional de antimicrobianos como prevenção da resistência bacteriana. 2012 2015.
5. HOGERZEIL, H. V. Promoting rational prescribing: an international perspective. *British journal of clinical pharmacology*, v. 39, n. 1, p. 1-6, 1995. ISSN 0306-5251.
6. HOLLOWAY, K. A. Promoting the rational use of antibiotics. *Regional Health Forum*, 2011, World Health Organization Regional Office for South-East Asia. p.122-130.
7. MADRUGA, L. G. D. S. L. et al. Aspectos relacionados à utilização de antirretrovirais em pacientes de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3649-3662, 2018. ISSN 1413-8123.
8. MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 1, p. 151-164, 2015. ISSN 1809-9823.
9. MOHAMADLOO, A. et al. A systematic review of main factors leading to irrational prescription of medicine. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, v. 11, n. 2, 2017. ISSN 1735-9287.
10. NASCIMENTO, D. C. H.; SAKATA, R. K. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Revista dor*, v. 12, n. 2, p. 160-165, 2011. ISSN 1806-0013.
11. PILTCHER, O. B. et al. Como evitar o uso inadequado de antibióticos nas infecções de vias aéreas superiores? Posição de um painel de especialistas. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 84, n. 3, p. 265-279, 2018. ISSN 1808-8694.
12. PORTELA, A. D. S. et al. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 2, p. 341-350, 2012. ISSN 1679-4974.
13. PORTELA, A. D. S. et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3523-3528, 2010. ISSN 1413-8123.
14. SANTOS, P. R. A. D.; ROCHA, F. L. R.; SAMPAIO, C. S. J. C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, n. SPE, 2019. ISSN 1983-1447.
15. SISAY, M. et al. Evaluation of rational drug use based on World Health Organization core drug use indicators in selected public hospitals of eastern Ethiopia: a cross sectional study. *BMC health services research*, v. 17, n. 1, p. 161, 2017. ISSN 1472-6963.
16. SOARES SANTOS, A. C. et al. ERRORES DE PRESCRIPCIÓN EN UNA FARMACIA BÁSICA DEL DISTRITO FEDERAL. *Ciencia y enfermería*, v. 25, 2019. ISSN 0717-9553

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020

Bioética e telemedicina

Eliângela Falcão Garcia¹; Camila Silva Garcia²; Gabriella Silva Garcia Tagawa³; Waldemar Naves do Amaral⁴

RESUMO

No mundo atual, o exercício da medicina conta com inovações que propiciam resoluções mais rápidas e definitivas no cuidado ao paciente. A Telemedicina, como termo relativamente novo, dispõe de tecnologias que possibilitam a solução de alguns problemas de saúde existentes no mundo. Porém, sua utilização deve abarcar questões éticas a fim de que não se distancie de suas premissas. O objetivo desse estudo é apresentar uma contextualização histórica e ética sobre o assunto através de uma revisão bibliográfica. Embora inquestionável os benefícios da Telemedicina e seu avanço mundial, tal recurso deve ser utilizado com foco no teor social do paciente assistido e suas necessidades, sempre em consonância com os princípios bioéticos.

Palavras-chave: Bioética. Telemedicina. Tecnologia. Ética. Paciente.

ABSTRACT

In the current world, the practice of medicine has innovations that provide faster and more definitive resolutions in patient care. Telemedicine, as a relatively new term, has technologies that enable the solution of some existing health problems in the world. However, its use must cover ethical issues so that it is not distanced from its premises. The aim of this study is to present a historical and ethical context on the subject through a bibliographic review. Although the benefits of Telemedicine and its worldwide advancement are unquestionable, this resource should be used focusing on the social content of assisted patient and his needs, always in line with bioethical principles.

Keywords: Bioethics. Telemedicine. Technology. Ethic. Patient.

-
1. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – garciaeliangela@gmail.com
 2. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – camila.ss.garcia@gmail.com
 3. **Graduanda** do curso de Medicina – Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN) – gabigarcia55@hotmail.com
 4. **Professor** Livre Docente da Universidade Federal de Goiás (UFG) – centroddeestudos@hmdi.com.br

Introdução

CONCEITO DE BIOÉTICA: A Bioética segundo Warren Reich, professor e membro do Kennedy Institute of Ethics da Georgetown University, é entendida como:

“(...) o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado de saúde, enquanto essa conduta é examinada a luz dos valores e princípios morais”.

CONCEITO DE TELEMEDICINA: A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Telemedicina como: “a prestação de serviço de saúde onde a distância é fator crítico, por todos os profissionais de saúde que usam tecnologias de informação e de comunicação para a troca de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões; pesquisa e avaliação para a continuidade da educação dos prestadores de cuidados de saúde, tudo no interesse do avanço da saúde dos indivíduos e das suas comunidades. (*World Health Organization*, 2010; tradução livre).

Segundo a American Telemedicine Association (ATA), Telemedicina “é a utilização de informação médica transmitida de um local a outro através de meios de comunicação eletrônica, visando o cuidado com a saúde e a educação do paciente ou do provedor de cuidados com a saúde, com o propósito de melhorar o cuidado com o paciente”.

Pode-se afirmar que a Telemedicina é um termo largamente usado para representar o uso de tecnologias da comunicação e da informação na saúde para suportar serviços, treinamento e informação para provedores de assistência médica e pacientes, onde a distância é um fator delicado. Assim, Telemedicina apresenta as seguintes características principais: distância física entre o serviço médico e o paciente; uso da tecnologia para realizar a assistência em substituição à presença física; disponibilidade de equipe médica e de profissionais de saúde para prestar o serviço; disponibilidade de profissionais das áreas de tecnologia responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da infraestrutura de telemedicina; sistematização do processo de teleassistência, com desenvolvimento de protocolos de dados clínicos; e estruturação de segurança, qualidade e sigilo dos dados e serviços oferecidos pela telemedicina.

Nesse cenário, a telemedicina não é uma atividade exclusivamente médica, e sim a interação entre profissionais de saúde e de tecnologia, para o desenvolvimento de atividades multiprofissionais que envolvem gestão e planejamento, pesquisa e desenvolvimento de conceitos e soluções em educação, assistência e pesquisa científica em saúde, além de aspectos éticos e legais. Portanto, mais que um conjunto de atividades multiprofissionais, é uma área de atuação interdisciplinar.

De modo sucinto, na literatura internacional, a Telemedicina pode ser definida como o uso de tecnologias de informação e telecomunicações na prática da medicina. (*Combi et al*, 2016; Burke & Hall, 2015).

O objetivo deste estudo é fazer o levantamento histórico sobre a Telemedicina, propiciando informações e posicionamentos atualizados aos profissionais da área da saúde bem como ao público em geral acerca da relevância e dos avanços inquestionáveis alcançados pela Telemedicina em consonância com a Bioética.

Fornecer subsídios para atual contextualização sobre o tema; apontar e discutir de forma objetiva o avanço tecnológico, juntamente com seus benefícios e impactos éticos, sociais e econômicos em sua atuação na prática médica.

Metodologia

Este artigo constitui uma revisão bibliográfica de caráter analítico sobre Bioética e Telemedicina. Foram utilizados para estudo, pesquisa eletrônica na Internet e bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *National Library of Medicine* (PUBMED), Biblioteca Virtual em Saúde e Medline. Foi definido como critério de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2006 e 2019. As palavras-chave utilizadas foram “Bioética” “Telemedicina” “Tecnologia” “Ética” e “Paciente”; separando-se todas as bases de dados, foram encontrados 20 artigos.

Discussão

A HISTÓRIA DA TELEMEDICINA NO MUNDO: O primeiro relato do uso da Telemedicina ocorreu na Idade Média, na Europa. Em meados do século XIX, a invenção do telégrafo e da telegrafia impulsionou o uso da medicina à distância. Atualmente, as informações médicas estão largamente disponíveis através do uso dos aparelhos de telefones móveis, através de tecnologias de transmissão de voz, vídeo, mensagens de texto, fotos e acesso à internet móvel.

O primeiro sistema completo e interativo de telemedicina (com provedores de saúde médicos e “não-médicos”) foi instalado em Boston, no ano de 1967.

A tecnologia de videoconferência ocorreu nos anos 1960. Na Europa, a transmissão de dados para diagnósticos apareceu na década de 70.

Até a década de 90, não se tem registro de entidades ou de publicações dedicadas especificamente à telemedicina. Na Inglaterra, a telemedicina foi impulsionada pela “*Royal Society of Medicine*”, que patrocina o “*Journal of Telemedicine and Telecare*”, cujo primeiro exemplar foi publicado em 1995.

Atualmente, com o desenvolvimento da comunicação sem-fio e com a evolução dos telefones celulares, o termo “comunicação sem-fio” também abrange o uso de satélites de comunicação, que estão sendo muito importantes para a implantação da telemedicina nos países em desenvolvimento, utilizando a internet com um custo baixo.

A HISTÓRIA DA TELEMEDICINA NO BRASIL: No Brasil, as experiências efetivas de telemedicina e telessaúde tiveram início na década de 1990. Em 1994, foram iniciadas as operações da TELECARDIO, empresa especializada em realizar eletrocardiogramas à distância. Em 1995, foi criado o serviço ECG-FAX pelo InCor. No mesmo ano, a Rede Sarah iniciou um programa de videoconferência. Em 1996, o InCor lançou o serviço ECG-Home com o objetivo de monitorar pacientes em seu domicílio.

Em 1997, foi criado o Hospital Virtual Brasileiro pela Unicamp, e a disciplina de Telemedicina da USP, primeira no país. Em 1998, a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS) foi criada. Em 1999, o Hospital Sírio-Libanês inaugura sua sala de teleconferências, e a UNIFESP criou seu laboratório de Telemedicina dentro do Centro de Informática em Saúde.

Desde 2005, o CNPq e os Ministérios da Saúde (MS) e Ciência e Tecnologia inseriram a Telemedicina como conjunto temático da indução de editais; ainda em 2005, foi elaborado o Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Primária à saúde no Brasil. Em 2011, o MS instituiu o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

Nos anos iniciais do século XXI, houve um grande avanço na área de cobertura da telemedicina no Brasil, com destaque para as cidades de Recife e Curitiba. A Telemedicina vem tendo uma importante evolução e consolidação no Brasil nestes últimos anos. Hoje, existem 25 instituições com Telemedicina no Brasil.

O primeiro fato relevante foi o lançamento da Telemedicina como demanda introduzida no Edital de 2005 do Programa “Institutos do Milênio”. Naquele ano, foi aprovado o Projeto de Telemedicina “Estação Digital Médica” que dispôs de um consórcio formado por nove instituições para ampliar e consolidar a telemedicina no Brasil.

O segundo fato relevante surgiu com a elaboração do Projeto de Telemática e Telemedicina em apoio à Atenção Primária no Brasil, por solicitação do Ministério da Saúde (DEGES/SGTES). Outras ações foram também implementadas pelo Ministério da Saúde, como a constituição, em 2006, da Comissão Permanente de Telessaúde e do Comitê Executivo de Telessaúde. Ocorreu também a formalização do Programa Nacional de Telessaúde (portaria 35º/2007 no “Diário Oficial da União”, em 4 de janeiro de 2007).

O terceiro fato relevante foi o início do desenvolvimento do projeto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) e da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), no primeiro semestre de 2006. Mais à frente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.073 de 2011, definiu os padrões de

interoperabilidade e informação em saúde para os sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito e a prática da Telemedicina foram recomendados pela Declaração de Tel Aviv, adotada pela 51ª Assembleia Geral da Associação Mundial em 1999, que trata das “Normas Éticas na Utilização da Telemedicina.

É fato de que não temos no Brasil instrumentos jurídicos e preceitos éticos específicos que permitam o sistema eletrônico de troca de informações na medicina. O fundamento basilar de todos os procedimentos nesta forma de relação médico-paciente, independentemente do valor e do tipo de processo eletrônico utilizados, não pode se afastar dos princípios da ética médica a que estão submetidos os profissionais médicos.

O aspecto ético primordial suscitado pela telemedicina é o respeito ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações.

O assunto Bioética está especificado na Recomendação CFM N 01/2015, com a regulamentação dos comitês de Bioética. Em 1993, foi criada a Revista Bioética como publicação científica de circulação semestral. Existe também um compêndio acerca da iniciação à Bioética por parte do CFM na data de 1998.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), visando a garantir que o armazenamento, compartilhamento, manipulação e transferência de Registros Eletrônicos em Saúde (RES) sejam feitos de modo seguro e garantam sua autenticidade, confidencialidade e integridade, estabeleceu pelo menos duas medidas regulatórias de grande importância, em 2002 e 2007.

Em 2002, a Resolução CFM nº 1.638 foi expedida para definir o prontuário médico. Em 2007, o CFM revogou a Resolução nº 1.639 de 2002, que estabelecia os requisitos técnicos dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários médicos, substituindo-a pela Resolução nº 1.821, na qual aprovou os requisitos técnicos para a digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos prontuários dos pacientes.

O Art. 37 e seu parágrafo único da Resolução nº 1.931 de 2009 vedam a prescrição de tratamento ou outros procedimentos sem o exame direto do paciente, salvo em caso de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada.

A Resolução do CFM nº 1.643/2002 diz: “ a Telemedicina é o exercício da medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo da assistência, educação e pesquisa em Saúde. Teve também como escopo definir e disciplinar a prestação de serviços através da Telemedicina, bem como a limitação de atuação da mesma.

O parecer CFM 14/2017, ao discursar sobre o uso do aplicativo *WhatsApp* plataformas similares, reforça que é permitido seu uso entre médicos e seus pacientes bem como entre médicos entre si, para dirimir dúvidas ou enviar dados; ressaltando o caráter confidencial e o uso somente dentro dos limites do próprio grupo. O mesmo parecer enfatiza que tal recurso de comunicação entre o médico e seu paciente deve ser restrito a pessoas já em assistência médica com o intuito de elucidar questões, tratar de aspectos evolutivos e passar orientações ou intervenções de caráter emergencial 8,17.

Na Resolução nº 2.227/2018, de 13 de dezembro de 2018, o CFM definiu e disciplinou a Telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Ratificando ainda a relação médico-paciente presencial como premissa obrigatória, além de estabelecer o âmbito de ação assistencial da Telemedicina em áreas geograficamente remotas.

Tal Resolução foi alvo de críticas públicas, tendo inclusive o CFM publicado, em 05 de fevereiro de 2019, uma nota direcionada aos médicos e à população, esclarecendo acerca da Resolução em questão e, em 22 de fevereiro do mesmo ano, os conselheiros do CFM revogaram a respectiva Resolução.

Assim, o CFM adota atualmente a Resolução nº 1.643/2002 sobre a questão da Telemedicina.

O Brasil é um país que oferece oportunidades significativas para o desenvolvimento e aplicação da Telemedicina, e o crescente interesse empresarial nacional e internacional sinalizam esta perspectiva.

Tal tecnologia permite benefícios relevantes para o sistema de saúde nacional, tanto público como privado; em especial, à população que reside em regiões mais afastadas dos grandes centros ou em regiões rurais, por exemplo. As vantagens vão desde a redução de custos, tanto para o paciente, bem como para o sistema, até a abertura de centros avançados para a realização de Teleconsultas; permitindo assim maior desenvolvimento na qualidade assistencial.

Do ponto de vista da iniciativa privada, perspectivas de crescimento do mercado, oportunidades de negócios, ampliação dos serviços prestados, potencial redução do número de atendimentos e de internações, aumento da prevalência de doenças crônicas, controle de custos, entre outros fatores, explicam o crescente interesse nessa indústria emergente.

Inclui, igualmente, fornecedores de serviços, sobretudo empresas de tecnologia da informação (TI) e de equipamentos, tais como aparelhos de comunicação, computadores (*hardware*), equipamentos de transmissão e recepção (*modems*, roteadores etc.), cujos produtos e serviços são adquiridos quer pelas empresas de equipamentos médicos, quer pelas empresas de telemedicina. Destaca-se também a indústria de *software*, com o desenvolvimento de sistemas de informações customizados para atender a uma demanda cada vez maior de novas e diversificadas aplicações da telemedicina.

Não se pode fechar os olhos para o alto custo que demanda estes sistemas de Telemedicina, especialmente em áreas rurais, onde o acesso a tal tecnologia requer estrutura eficiente.

Considerações finais

Face o exposto, fica evidente que a Telemedicina constitui um recurso tecnológico que muito contribui para o avanço da medicina, principalmente em áreas demograficamente remotas. Porém, ainda carecemos de subsídios regulamentadores, tanto no âmbito legal como no ético, para que tal ferramenta de tecnologia médica seja realmente estruturada e regulada, no que diz respeito a suas implicações práticas.

Ipsa facto, não há como desconhecer que o uso adequado desta inovadora forma de atendimento ao paciente pode trazer inúmeras e potenciais vantagens, e, ainda, a possibilidade que tal estratégia tem de avançar cada vez mais. Não só pelo fato do pronto atendimento em locais mais remotos, senão ainda pela oportunidade de acesso aos especialistas da medicina curativa ou preventiva.

Cumpra ao CFM, como órgão criador de resoluções normativas sobre o assunto, mostrar-se sempre atento aos desafios da modernidade, atualizando permanentemente suas normas a fim de não ficar aquém das renovações constantes sobre Telemedicina.

Referências

1. Motta LCS, Vidal SV, Batista RS. Bioética: afinal, o que é isto?*. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2012 [acesso 03 fev 2020] 10(5):431-9. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n5/a3138.pdf>
2. Silva ARAS. A Telemedicina traz benefícios ao sistema de saúde? Evidências internacionais das experiências e impactos. Texto para Discussão n° 74 [Internet]. 2019 [acesso 03 fev 2020] 10(5):431-9. Disponível: <https://www.iess.org.br/cms/rep/td-74-telemedicina.pdf>
3. Domingues DAM, Martinez IB, Cardoso R, Oliveira HW, Russomano T. Registros da História da Medicina. In: Lopes MHI, Schwartsmann LCB, organizadores. História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Luminara Editorial; 2014. p. 209-218.
4. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016; [acesso 03 fev 2020]; 32 Sup 2: e00155615. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00155615.pdf
5. DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA TELEMEDICINA USP. História da Telemedicina; [acesso 03 fev 2020]. Disponível em: <https://telemedicina.fm.usp.br/portal/historia-da-telemedicina/>.
6. <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/27telaviv.html>

7. Rezende EJC, Melo MCB, Tavares EC, Santos AF, Souza C. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. Rev Panamericana de Salud Pública [Internet]; [acesso 03 fev 2020]. Disponível: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n1/58-65/>
8. Harzheim E, Katz N, Ferri C, Fernandes JG, Barbosa I. Guia de Avaliação, Implantação e Monitoramento de Programas e Serviços em Telemedicina e Telessaúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Hospital Alemão Osvaldo Cruz [Internet]. [acesso 03 fev 2020]. Disponível: http://rebrats.saude.gov.br/images/MenuPrincipal/Guia_Avaliacao_telessaude_telemedicina.pdf
9. NASCIMENTO, DB. ANÁLISE BIOÉTICA DA UTILIZAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTE EM MÍDIAS SOCIAIS ELETRÔNICAS. 2016. 103 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós- graduação em Bioética) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF
10. Brasil. Resolução CFM no 1.931, de 17 de setembro de 2009. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Conselho Federal de Medicina. Brasília. p. 38-9, 13 de outubro de 2009, Seção I
11. França GV. Telemedicina: breves considerações ético-legais. Rev. bioét. [Internet]. 2000 [acesso 03 fev 2020]; v. 8, n. 1. Disponível: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/266
12. Recomendação cfm nº 1/2015, de 12 de março de 2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos comitês de bioética. Conselho federal de medicina. Disponível: http://www.portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2015.pdf
13. Costa SIF; Garrafa V; Oselka G. Apresentando a Bioética. Portal CFM [Internet]. 1998 [acesso 03 fev 2020]. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf>
14. Brasil. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, de 10 de julho de 2002. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Seção I, p.184-5. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
15. Brasil. RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002, de 10 de julho de 2002. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm
16. Brasil. RESOLUÇÃO CFM no 1.643/2002, de 07 de agosto de 2002. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1643_2002.pdf
17. Brasil. PROCESSO-CONSULTA CFM nº50/2016. PARECER CFM nº14/2017, de 27 de abril de 2017. Uso do WhatsApp em ambiente hospitalar. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível: sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14.
18. Brasil. RESOLUÇÃO CFM no 2.227/2018, de 13 de dezembro de 2018. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao222718.pdf>
19. Brasil. Resolução nº 2.227/18, de 5 de fevereiro de 2019. NOTA AOS MÉDICOS E À POPULAÇÃO. Conselho Federal de Medicina. Brasília. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota-telemedicina-5-2-19.pdf>
20. Suplementar IES. Como deveria funcionar a telemedicina?. Instituto de estudos de saúde suplementar [Internet]. 2019 outubro, [acesso 05 fev 2020]. Disponível: <https://www.iess.org.br/?p=blog&id=1011>

Recebido em: 05/04/2020

Revisões requeridas: 06/04/2020

Aprovado em: 07/04/2020
