



# A Ética

*e os Reumatologistas*





# A Ética e os Reumatologistas

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS  
Coordenador

## Sumário

- Apresentação** • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 3
- 1. Histórico**  
Comportamento Ético na Prática Médica: de Hipócrates à Bioética • JOSÉ MARQUES FILHO • 4
- 2. Relação Médico-Paciente**  
Reflexões Sobre Ética e Relação Médico-Paciente na Era Pós-Moderna • TÁCITO MEDEIROS • 8
- 3. Pesquisa Médica**  
Ética na Experimentação Animal • VIRGINIA CLAUDIA C. GIRÃO E FRANCISCO AIRTON C. ROCHA • 10
- 4. Ética, Ciência e Inovação Tecnológica em Saúde**  
Ética, Ciência e Inovação Tecnológica em Saúde • JOSÉ TUPINAMBÁ S. VASCONCELOS • 14
- 5. Erro Médico**  
Erro Médico — e o Direito do Paciente à Informação • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 15  
A Responsabilidade Médica no Novo Código Civil • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 17
- 6. Medicina Baseada em Evidências**  
Medicina Baseada em Evidências e Ética • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 18  
Artigo resposta nº 1 — Reflexões no Campo da Bioética • ERINALVA M. FERREIRA • 18  
Artigo resposta nº 2 — A Responsabilidade Civil do Médico Ante a Aplicação ou Não Aplicação de Técnicas e Medicamentos Experimentais • FERNANDO MACIEL • 19  
Artigo resposta nº 3 — “A Saúde do meu Paciente Será Minha Primeira Consideração” • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 21
- 7. Medicina Defensiva**  
Medicina Defensiva • LAURO JOSÉ PEDROSA DE LIMA • 22
- 8. Relações com a Indústria Farmacêutica**  
Relações com a Indústria Farmacêutica • CAIO MOREIRA • 23
- 9. Aspectos Éticos em Reumatologia Pediátrica**  
A Ética e a Reumatologia Pediátrica • BLANCA ELENA RIOS GOMES BICA • 34
- 10. Título de Especialista**  
É a Hora e a Vez de Consagrar Nosso Título de Especialista • GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS • 36
- Anexos**  
Anexo nº 1 — Questionário Pré-Consulta • 38  
Anexo nº 2 — Direitos do Paciente • 39

CAPA. *Imagem principal*: ilustração de um manuscrito apresentando um professor ministrando instruções aos seus pupilos sobre os aforismos de Hipócrates. Science Photo Library.  
*Imagem secundária*: sarcófago com um médico grego. Romano, perto de Ostia. The Metropolitan Museum of Art.

*Realização*  
**Sociedade Brasileira de Reumatologia**  
Biênio 2002-2004  
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2.466 - conj. 93  
CEP 01402-000 - São Paulo - SP  
Fone: (11) 3266 3986  
Fone/fax: (11) 289 7165  
E-mail: sbre@terra.com.br

*Uma publicação da*  
**ETCetera Editora de Livros e Revistas**  
Rua Baronesa de Itu, 336 - 10º andar  
Higienópolis  
CEP 01231-000 - São Paulo - SP  
Fones: (11) 3825 3504/3826 4945  
Fax: (11) 3826 7770  
E-mail: etcetera@etceteraeditora.com.br



## Apresentação

O desafio de elaborarmos uma coletânea de artigos a respeito da ética médica não foi pequeno, tendo em vista a complexidade do tema — a envolver permanente e aprofundado estudo — e a escassez de publicações a respeito.

Assim conscientes, decidimos, então, adotar a “filosofia” já consagrada pelo genial Millôr Fernandes: a de que o “livre pensar é só pensar”, sem a pretensão de elaborar uma completa obra sobre o tema.

É de bom alvitre realçarmos que os aspectos abordados refletem unicamente as opiniões dos autores, muitas delas polêmicas, porém todas de enorme importância sem representar, obviamente, o pensamento do universo da Sociedade Brasileira de Reumatologia ou dos membros do Comitê de Ética e Defesa Profissional como um todo.

Os autores foram diligentes e entregaram os artigos aqui coligidos nas datas acordadas, demonstrando, desse modo, a conscientização da importância do trabalho ora apresentado e que tivemos a honra de coordenar.

Os resultados, todos podem conferir, foram extremamente valiosos, apresentando textos curiosos, intrigantes, didáticos, informativos, por vezes desafiadores, além de francos, bem desenvolvidos e de excelente qualidade.

Destacamos que tal empreitada só nos foi possível graças ao estímulo prestado pelos Drs. Caio Moreira e Fernando Neubarth, que, desde o início, apoiaram-nos com entusiasmo, atendendo com prestimosidade às nossas reivindicações, não poupando as diligências e as críticas indispensáveis ao correto desenvolvimento dessa tarefa.

Nossas oportunas homenagens aos Drs. João Francisco Marques Neto e Fernando Sérgio Lira Neto, que, inspirados pelo grande filósofo grego Diógenes, iluminaram-nos o caminho.

Agradecemos, também, a colaboração efetiva da Dra. Maria Celina Bravo, advogada e professora de Direito Constitucional em Alagoas.

Esperamos que a leitura deste trabalho estimule a reflexão crítica e fomenta debates, aprimorando o comportamento ético e profissional de nossos associados no exercício de sua nobre arte, a Medicina.

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS  
*Coordenador*

## Comportamento Ético na Prática Médica: de Hipócrates à Bioética

JOSÉ MARQUES FILHO

Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
Membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBR e SPR

“A atuação primordial dos médicos é prolongar a vida e restaurar a saúde. A medicina é uma profissão que dignifica o ser humano. Ela exige um relacionamento delicado e consciente com os seres humanos e jamais deve ser considerada apenas um trabalho para o clínico que a pratica. Os deveres que ela impõe, alguns dos quais foram aqui citados, são enormes. Os mais elementares obrigam a um comportamento ético em relação aos pacientes e aos demais membros da profissão. Tal ética prescreve que devemos agir com os outros, exatamente, como gostaríamos que os outros agissem conosco. Sempre esquecemos, porém, que essa regra requer que nos coloquemos na posição da outra pessoa antes de decidir nossos assuntos.”

ROBERT WILKINS

**H**IPÓCRATES (460-370 a.C.) pode ser considerado o fundador da medicina tal como a conhecemos nos dias de hoje. Ele deu à medicina o espírito científico, substituiu a superstição, pondo em seu lugar a observação diagnóstica e o tratamento clínico, e deu à medicina os seus ideais éticos. As notáveis descrições das doenças que redigiu são modelos ainda hoje, e as fez com os únicos instrumentos que dispunha: o espírito aberto e os seus sentidos sutis<sup>(1)</sup>.

Hipócrates, conhecido como o pai da medicina, nasceu na ilha de Cos, sendo filho de um médico. Estudou em Atenas e viajou bastante, praticando a arte de curar nas várias cidades da Trácia, da Tessália e da Macedônia. A ilha de Cos é famosa por seu templo de Esculápio, cujas ruínas ainda se vêem na encosta de uma colina coberta de vegetação. Pergunta-se até hoje se Hipócrates foi membro dos cultuadores do templo.

Assim, ao invés de atribuir aos deuses a culpa pelas enfermidades, Hipócrates fundou o método da cabeceira da cama. Cada novo paciente passou a constituir um novo volume original a ser estudado. Em todos os casos de doença, ele observava os sintomas e a natureza do mal, como se fossem fatos inéditos. Havia, e não podia deixar de ser, intervenção da experiência, mas esta intervenção ocorria apenas depois que os fatos todos haviam sido anotados e, sem nenhuma presunção de atribuir ao que não fosse fato, as características de um fato.

Hipócrates anotava todas as particularidades, colhia todos os detalhes, examinava-os seguidamente e os ajustava aos paradigmas da experiência clínica.

Escreveu 53 tratados e 72 livros, constituindo o “corpus hipocraticum”. Estas obras constituem provas do desenvolvimento da medicina prática leiga, num século considerado por todos, o período áureo da Grécia, o século de Péricles<sup>(2)</sup>.

As experiências cotidianas de Hipócrates foram coligidas nos 406 pensamentos apresentados no livro “Os Aforismos”. Alguns, os mais famosos, apresentam também uma filosofia de vida. É o caso de “para males extremos, extremos remédios” e “a vida é breve, a arte vagarosa, a ocasião fugaz, a experiência falha, o julgamento difícil”.

Hipócrates, ao estabelecer os fundamentos da técnica e arte médica (*ars medica*), deu enfoque a uma questão essencial em medicina: a relação médico-paciente, sem a qual não existe ato médico digno desse nome.

Esta relação, segundo os gregos, deveria ser alicerçada em forte sentimento entre as partes, em relação biunívoca. Este sentimento profundo é o da amizade com amor, isto é, a “filia”. O médico deveria exercer a sua competência com amor pelo ser humano (filantropia) e pela técnica médica (filotecnia). A filotecnia só faria sentido se colocada à disposição do doente.

No juramento hipocrático estão claramente enunciados alguns princípios: a filia, a não maleficência, a beneficência e o sigilo.

## “ Juro por Apolo, médico...

... aplicarei os regimes para o bem dos doentes... (*beneficência*)

... nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja... (*não maleficência*)

... o que no exercício ou fora do exercício e no comércio eu vir ou ouvir que não seja necessário revelar, conservarei como segredo... (*confidencialidade*) ”

Verifica-se, deste modo, que o médico, já ao nascer da medicina como técnica e arte, tem sua competência subordinada ou balizada por determinados princípios<sup>(5)</sup>.

Quanto ao princípio da justiça, é preciso enfatizar que os filósofos gregos sempre consideraram a justiça um princípio elevado, presente na maioria dos ensaios e ensinamentos dos filósofos da época. Com esta conotação, cabia ao médico ser um homem justo; dito em outras palavras, o poder da técnica (e a competência) do médico deveriam sempre se pautar pela justiça, e a ela subordinar-se, a fim de não cometer qualquer ato injusto.

Note-se a absoluta ausência de citação com relação à autonomia. O princípio da autonomia surgiu somente no século XVIII e, mesmo assim, demorou mais três séculos para ser incorporado à relação médico-paciente.

Os paradigmas éticos de Hipócrates mantiveram-se por longos séculos até a Idade Média. Daí por diante a Igreja assumiu a liderança científica, o que, de certa forma, assumiu caráter exclusivamente místico, tornando-se, assim, uma medicina dogmática, orientada pelos princípios da piedade cristã e, naturalmente, pela fé.

Os séculos posteriores, em pleno apogeu da Idade Média, em que o espírito guerreiro de conquistas prevaleceu sobre as ciências, pouco ou nada de contribuição trouxeram como evolução para a medicina e os conceitos de ética<sup>(4)</sup>.

Foram os denominados “mil anos de trevas”, onde a alquimia, os conjuros, o esoterismo e a prática leiga da medicina marcaram época. Os alquimistas procuravam sobretudo o segredo da pedra filosofal, que concedia o poder de transformar qualquer elemento em ouro<sup>(1)</sup>.

A ciência dessa fase estendeu-se por vários séculos e caracterizou-se por um dogmatismo e uma escolástica rígidos, que suprimiram toda a experimentação em cada um dos setores da atividade humana, abolindo toda e qualquer pesquisa científica. A medicina monástica, arraigada aos princípios rígidos da filosofia cristã, por meio da abolição de toda a experimentação científica determinou um recuo das filosofias clássicas. A idade média foi a época em que a medicina permaneceu praticamente paralisada, sem evolução. Ao contrário, sob muitos aspectos houve decadência<sup>(2)</sup>. Assim permaneceu do século V ao XIV, só melhorando de padrão com o desenvolvimento intelectual dos conventos.

A partir do século XV, com o renascimento das ciências, a medicina voltou a florir como arte científica. Leonardo da

Vinci, notável naturalista, estudioso inestimável de anatomia, contribuiu grandemente com o seu gênio para o desenvolvimento dos estudos científicos<sup>(5)</sup>.

À invenção da imprensa sucedeu-se uma chuva de publicações médicas que sacudiram a medicina do longo período de estagnação e passividade que atravessara.

Paracelso, que viveu de 1493 a 1591, foi um dos grandes revolucionários dessa época do ressurgimento, sendo considerado por alguns, o mais genial dos médicos depois de Hipócrates<sup>(4)</sup>.

No século XVI, ressalta-se a figura de Ambroise Parré, considerado o pai da cirurgia francesa.

O século XVII foi de grande importância para a medicina, impulsionada pelo período da Renascença, repleto de notáveis conquistas.

Somente no final da Idade Média e nos primeiros tempos da modernidade surgiu a figura do princípio da autonomia. A história da autonomia está associada à progressiva consolidação dos direitos humanos, desde Locke até os nossos dias<sup>(6)</sup>.

Estabelecem-se os direitos humanos básicos: direito à integridade (e portanto à saúde) direito à liberdade, à propriedade e o direito de defender tais direitos quando ameaçados (Locke, 1690). Estes direitos pertencem a todo ser humano, justamente por sua condição e, por isso mesmo, independem de legislação.

As revoluções inglesa, francesa e americana também contribuíram para a concepção pluralista de sociedade. As idéias de direitos básicos e o ideário das revoluções democráticas modificaram profundamente a visão prevalente à época de Hipócrates.

Desses movimentos surge e firma-se o princípio da autonomia do ser humano, entendido, sobretudo, como direito à autodeterminação.

O respeito às pessoas se baseia na filosofia de Kant, que formalizou o princípio de que o homem é um fim em si mesmo, não um meio. Todo ser humano tem direito à autodeterminação, isto é, tem o direito de agir de acordo com os próprios julgamentos e as próprias convicções<sup>(6)</sup>.

O princípio da autonomia não se fez sentir de imediato na relação médico-paciente; somente a partir da década de 60 do século passado é que ocorre efetivamente.

Admite-se que as ciências experimentais, a partir das quais se desenvolveram outros ramos das ciências, têm como marco inicial simbólico as contribuições e, sobretudo, a postura de Galileu no século XVI. Desde então os avanços científicos se fizeram de tal forma que, ao fim de dois séculos, configurou-se e consolidou-se a chamada revolução científica.

No século XX a evolução científica e tecnológica apresentou um ritmo vertiginoso. Estima-se que o número de cientistas vivos vem duplicando a cada 10 ou 15 anos; estima-se que hoje o mundo dispõe de um número de cientis-

tas maior, talvez, que o número total de cientistas que o mundo já teve e morreram. Ambos os fatos significam que a geração constante e crescente de novos conhecimentos e novas tecnologias, destinados ao homem, irão atingi-lo de modo direto ou indireto. E a primeira aplicação do conhecimento ou da tecnologia no ser humano é, no fundo, uma experimentação<sup>(7)</sup>.

A ética hipocrática e seus “princípios” obrigatoriamente tiveram que se adaptar e conviver com as complexas e sofisticadas tecnologias e avanços científicos incorporados à prática médica e às pesquisas acadêmicas nos séculos XX e XXI.

Sir William Osler é considerado o pai da medicina moderna. Conhecido como “O moderno Hipócrates”, Osler soube como ninguém aplicar os fundamentos hipocráticos à evolução científica e tecnológica dos séculos XIX e XX. Assim como ensinava Hipócrates, este canadense praticava a velha medicina à beira do leito<sup>(8)</sup>.

A possibilidade da aplicação indevida dos conhecimentos, da ciência e da tecnologia, podendo levar até a destruição da humanidade, foi um dos fatores que deram origem ao neologismo proposto por Potter na década de setenta – “Bioética” – que tem hoje, em verdade, uma outra conotação, mais ampla<sup>(9)</sup>.

Quanto à pesquisa propriamente dita, são de estarrecer os números, diversidade e as circunstâncias em que se cometeram abusos, dentro e fora dos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial. Abusos que, às vezes, tiveram a participação de pessoas de alto prestígio científico e com amparo de órgãos de apoio à pesquisa e de outros cuja função seria a de cuidar da saúde da população.

Com este pano de fundo não deixa de ser surpreendente o fato de que somente em 1947 a humanidade decidiu estabelecer as primeiras normas reguladoras da pesquisa em seres humanos. Normas que surgiram quando do julgamento de crimes de guerra dos nazistas, ao se tomar conhecimento das situações abusivas da experimentação, que foram denominadas como “crime” contra a humanidade. Surge então o “Código de Nuremberg” estabelecendo normas básicas de pesquisa em seres humanos, prevendo a indispensabilidade do consentimento voluntário, a necessidade de estudos prévios em laboratórios e em animais, a análise dos riscos e benefícios da investigação proposta, liberdade do sujeito da pesquisa em se retirar do projeto, a adequada qualificação científica do pesquisador, entre outros pontos<sup>(7)</sup>.

O princípio da autonomia foi formalmente reconhecido. É oportuno ressaltar que esta autodeterminação somente muitos anos depois se incorporou aos códigos de ética dos profissionais de saúde.

Não obstante a dramaticidade do contexto em que surge o Código de Nuremberg, os abusos continuaram a ocorrer. Na década de 60, Beecher causa grande impacto quando publica no *New England Journal of Medicine* o artigo “Ethics

and Clinical Research”<sup>(10)</sup>, demonstrando o aumento no número de experimentos em seres humanos e que nem sempre eram conduzidos de forma ética adequada. Beecher levantou na literatura médica 50 trabalhos científicos publicados nas melhores revistas e que, comprovadamente, continham procedimentos não éticos. Publica no mesmo ano no *JAMA* importante artigo “Consent in Clinical and Experimentation: Myth or Reality”<sup>(11)</sup>, causando forte impacto na comunidade científica mundial.

Em 1964, na 18.ª Assembléia da Associação Médica Mundial foi revisto o Código de Nuremberg e aprovada a Declaração de Helsinque, introduzindo a necessidade de revisão dos protocolos por comitê independente, e estabelecendo que os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os da ciência e da sociedade. Esta declaração foi revista na década de 70 (Tóquio) e de 80 (Veneza e Hong Kong) e por último em 1996 na 48.ª Assembléia Geral realizada em Somerset West (África do Sul). Continuou, porém, sendo conhecida como Declaração de Helsinque. Nesta declaração se estabelecem também as normas para pesquisas médicas sem fins terapêuticos<sup>(7)</sup>.

Na década de 80, o Concil for International Organization of Medical Sciences (CIOMS), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS), elaboraram um documento mais detalhado sobre o assunto, estipulando as “Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos”.

Na década de 90 o CIOMS lança o primeiro documento especificamente voltado para a pesquisa em estudos da coletividade (estudos epidemiológicos): “International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies”.

No Brasil, merece destaque a resolução CNS n.º 1 de 1988, do Conselho Nacional de Saúde, que é o primeiro documento oficial brasileiro que procurou regulamentar as normas de pesquisa em saúde. Esta resolução foi revista e atualizada pela CNS n.º 196 de 1996, que criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)<sup>(3)</sup>.

Potter, oncologista americano, jamais poderia imaginar ou prever o extraordinário avanço que ocorreria com a bioética, quando da publicação de sua obra *Bioethics: A Bridge to the Future*, em 1971<sup>(9)</sup>. Considerada consensualmente a pedra fundamental e o marco divisório deste novo campo do pensamento humano, essa obra alavancou o desenvolvimento da bioética. Raras áreas do conhecimento humano tiveram maior desenvolvimento e progresso nas últimas décadas.

É curiosa a observação que a visão de bioética mudou de maneira bastante significativa nos anos seguintes à sua publicação, que a focalizava como um amplo e abrangente compromisso da humanidade com relação ao equilíbrio e preservação do ecossistema. O marco histórico desta mudança foi, sem dúvida, a publicação do livro *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp e Childress, em 1979<sup>(12)</sup>. Essa obra, a bíblia

dos bioeticistas das décadas de 80 e 90 do século passado e fundamental para o desenvolvimento teórico da bioética, apresentou uma linha de raciocínio que ficou sendo conhecida como principialismo. A abordagem de questões de natureza ética passou a ser feita usando-se como instrumento quatro princípios básicos, dois de caráter deontológico (não maleficência e justiça) e dois de caráter teleológico (beneficência e autonomia). Embora, filosoficamente, não apresentem caráter absoluto, o fato é que foram rapidamente aceitos como “ferramentas” básicas na elaboração de discussões e soluções de conflitos emergentes na área da bioética.

Historicamente deve ser lembrado que o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress idealizaram o livro a partir do “Relatório Belmont”, assim denominado por ter sido concluído no Centro de Convenções Belmont, em Maryland, EUA<sup>(13)</sup>.

Este relatório foi o resultado final da Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental. A motivação para a criação desta comissão foi a crescente preocupação pública com o controle social de pesquisas com seres humanos. Diversos fatores contribuíram para o crescimento da preocupação com pesquisas, mas certamente teve enorme influência a divulgação, em 1972, do resultado do “Tuskegee Study” realizado no Estado do Alabama. Quatrocentos negros acometidos de sífilis foram deixados sem tratamento para a realização de pesquisa sobre a história natural da doença. Observa-se que, de forma inadmissível, tal estudo teve seguimento normal até 1972, mais de duas décadas após a descoberta da penicilina<sup>(7)</sup>.

Beauchamp e Childress aplicam o “sistema de princípios”, estabelecido pela comissão, para a área clínico-assistencial, criando uma maneira inteiramente nova de juízo de questões éticas, diferenciando do ultrapassado enfoque próprio e característico dos códigos e juramentos, muito limitados e mais ligados à moral que à ética.

Marco Segre<sup>(8)</sup>, autor brasileiro, define bioética como sendo “parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde). A bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida)”. Defende este autor que a bioética deve ser o mais autônoma possível para cada ser humano, buscando sempre uma visão teórica de “descentramento”. Esta linha de pensamento vislumbra que a pessoa possa posicionar-se individualmente com relação às mais variadas situações possíveis de estudos éticos. Em sua visão, a autonomia é o princípio básico mais importante e central. Esta “self ética” definida por Segre, pode também ser chamada de “ética da liberdade”.

Com relação à prática médica é nítido um crescimento progressivo de dilemas éticos, presentes cada vez mais em nosso dia-a-dia, tornando obrigatória a atuação de todos os profissionais da saúde nas discussões e atualizações referentes aos termos de bioética<sup>(14)</sup>.

O século XXI, que se inicia, traz consigo enormes mudanças no exercício profissional, com novos e fantásticos avanços no campo da engenharia genética, da clonagem humana, dos transplantes, da agressividade de marketing e uma inevitável mercantilização da prática médica<sup>(15)</sup>.

O mercado dita as regras do jogo e impõe conceitos globais.

Finalizando este breve histórico do comportamento ético, fica no ar a pergunta: mas afinal, o que esperam de nós os nossos pacientes?

Acredito que a resposta possa ter sido dada por Thomas Sydenham (1624-1689), um famoso sofrendor gotoso:

“O médico precisa ter em mente que ele próprio está sujeito às mesmas leis da mortalidade e da doença a que estão submetidos os outros; e assim cuidará dos enfermos com mais ternura, desde que se lembre de que ele, em pessoa, é o companheiro de sofrimento deles.”

## Referências

1. Calder R: O Homem e a Medicina – Mil Anos de Tréguas, tradução de Raul de Pollilo, São Paulo, Hemus Livraria Editora, 1976.
2. Maffei WE: Os Fundamentos da Medicina, 2.ª ed., São Paulo, Artes Médicas, 1978.
3. Segre M, Cohen C: Bioética, 3.ª ed, São Paulo, Edusp, 2002.
4. Lopes OC: A Medicina e o Tempo, São Paulo, Edusp, 1970.
5. Jonsen AR: A Short History of Medical Ethics, New York, Oxford University Press, 2000.
6. Bertrand P: História do Pensamento Universal: A Aventura das Idéias – dos Pré-Socráticos a Wittgenstein, tradução de Laura Alves e Aurélio Rebello, Rio de Janeiro, Ediouro, 2001.
7. Costa SIF, Oselka G, Garrafa V: Iniciação à Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1978.
8. Marino Jr F: Osler – O Moderno Hipócrates, São Paulo, CLR Balieiro Editora, 1999.
9. Potter VR, Bioethics: A Bridge to the Future, New Jersey, Englewood Cliffs, 1971.
10. Beecher HK: Ethics and Clinical Research. New England J Med 274:1340-60, 1966.
11. Beecher HK: Consent in Clinical Experimentation: Myth or Reality. JAMA 195:34, 1966.
12. Beauchamp TL, Childress JF : Principles of Biomedical Ethics, 3.ª ed, New York, Oxford Press, 1989.
13. The Nacional Comission for the Protection of Human Subjects of Research: The Belmont Report, Washington, Government Printing Office, 1978.
14. Reich WT: Encyclopedia of Bioethics, New York, Editora The Free Press, 1978.
15. Urban SIF: Bioética Clínica, Rio de Janeiro, Revinter, 2003.

## Reflexões Sobre Ética e Relação Médico-Paciente na Era Pós-Moderna

TÁCITO MEDEIROS

Professor Adjunto de Psiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco

“O tempo passou na janela  
E só Carolina não viu.”

CHICO BUARQUE DE HOLLANDA

**A** MENÇÃO de “era pós-moderna” suscita duas impressões: a de haver um tempo sucedendo outro, e a de coisas e mundo surgirem no rastro da modernidade. A idéia de evolução, calcada na revolucionária concepção darwiniana do século XIX, pode ter contribuído para impregnar de valor progressivo o conceito de “moderno”, identificando a categoria “tempo” como linha ascendente para o futuro. A perturbação com os novos tempos foi representada ironicamente por Carlitos em “Tempos Modernos”. Resta perceber o que representa o “pós-moderno”.

A pós-modernidade prolonga a modernidade como sua reflexão crítica. Questiona-se a sociedade. Questiona-se a medicina. O mundo mudou. Questionam-se os paradigmas: os organizadores de nosso pensamento, de nossa percepção, de nossas práticas, de nossa compreensão dos fenômenos.

A abordagem da relação médico-paciente na era pós-moderna exige o entendimento da medicina como instituição humana, com papéis sociais, hábitos e modelos construídos na história e na cultura. No processo de ocupação de todos os espaços do planeta, as diferentes culturas humanas são construções de mutáveis instituições e de mutáveis modelos de relacionamento interpessoal como formas de vida e como formas de pensar.

A história da medicina no hegemônico mundo ocidental traça o trajeto desde as primitivas práticas mágicas, xamânicas, passando pelo legado da racionalidade grega, sendo identificada em específicos conhecimentos e habilidades profissionais. Nesse trajeto prevaleceu a marcha do invisível para o evidente, do fluido para o concreto, do sobrenatural para a natureza, do anímico para o corporal, do divinatório para o humano.

O destaque para as peculiaridades da relação médico-paciente surgiu com a psicanálise, na revolução psicológica das descobertas freudianas do inconsciente, da vida instintiva do

homem, das pulsões de vida e de morte, do fenômeno da transferência. Psicologia médica e medicina psicossomática são ainda componentes periféricos do conhecimento médico biologicamente centralizado na evidência das mensurações físico-químicas e do corpo concreto.

As características da interação bipessoal e biunívoca das relações entre médicos e pacientes dependem dos modos compartilhados de pensar a medicina, no contexto de pensar a cultura e a sociedade. O antigo Código de Ética Médica da Associação Médica Americana, adotado pela medicina brasileira em 1867, dispunha de minuciosos preceitos regulamentando “obrigações dos doentes para com seus médicos”: “o doente nunca deve fatigar o médico com a narração enfadonha de fatos ou assuntos que não tenham relação com a moléstia”; “a obediência do doente às prescrições de seu médico deve ser pronta e explícita... nunca deve permitir que sua opinião incompetente sobre a conveniência delas (das prescrições) influa sobre a obediência que lhes deve prestar”. A singularidade desse Código é a exigência de respeitosos silêncios. Em nossos dias a ética médica absorve direitos dos pacientes, até a desobediência. Médicos e pacientes conformam-se e confrontam-se nessas regras, retratos dos tempos, da cultura, da medicina em contínua mudança.

A saúde, nos tempos modernos e pós-modernos, atende ao valor da funcionalidade. Médicos e pacientes associam-se para alcançá-la na qualidade de vida representada no funcionamento, regularização e normalização de órgãos e comportamentos. Normalização no sentido de conformar com a norma. Regularização pelo estabelecimento da ordem e da previsibilidade no controle do organismo e do mundo. Funcionamento pela garantia da eficácia dos mecanismos. O modelo é mecânico. Norbert Wiener, um dos pais da cibernética, deplora o “idólatra da engenhoca”, e reflete sobre as



trágicas conseqüências de serem realizadas as conjecturas médicas de protelar indefinidamente a morte, e de ser simplificada a compreensão vital do envelhecimento na categoria diagnóstica de moléstia degenerativa, explicada como desgaste da máquina biológica.

A idolatria dos fantásticos equipamentos tecnológicos utiliza os princípios mágicos e acríticos da crença e da fé, e denuncia os insucessos como imperdoáveis erros e provas da falibilidade humana. Em 20 anos de atividade no Conselho de Medicina de Pernambuco acompanhei em médicos e em usuários os desentendimentos (os não-entendimentos) da medicina.

O paradigma da relação médico-paciente nesse contexto seria o execrado curandeiro, dotado de fantásticos poderes e instrumentos miraculosos, cujo valor cumpre-se na “cura”, entendida como correção-desaparecimento de mal. Mal / incômodo / defeito / sintoma / queixa / doença / anormalidade. A intrusiva ação médica legitima-se como intervenção de único participante responsável ante o outro parceiro, o paciente infantilizado-submisso e passivo, dependente e irresponsável.

À primeira vista, considerar o núcleo da medicina em uma centralidade psicológica parece ser exagero reducionista, identificado com a primariedade do pensamento mágico, em seu atribuir existência autônoma a espíritos e a entes desprovidos de corporeidade. No entanto, a centralidade psicológica da medicina não é a negação da centralidade biológica.

Vale refletir o significado grego de “psique”, aproximado do que é chamado “alma”. A palavra latina “anima” também é “alma”, e é raiz etimológica de “animação”, peculiar característica dos seres vivos como seres dotados de movimento. No alemão, em sua obra, Freud sempre preferiu usar o termo “Seele”, justamente “alma” (da mesma raiz etimológica do inglês “soul”). Expressivo exemplo da aparente diversidade dualista nessas centralidades é o que ocorre nos diagnósticos de “fibromialgia” e de “transtorno persistente doloroso”: o paciente e seu corpo sinalizam a dor, os médicos – reumatologistas e psiquiatras – desencontram-se nos “pontos de observação” (ou “ponto de vista”) da patogenia, e na denominação do mal (a posse dos nomes). Dois diagnósticos: dois nomes ou duas doenças? Na consagração da mais atual Classificação Internacional das Doenças preserva-se nessa atribuição de nomes a dualidade em limites inquestionados. Em um deles, mal do corpo; no outro, mal da mente. Na prescrição de medicação antidepressiva convergem reumatologistas e psiquiatras a cuidarem de portadores desses diferentes e específicos diagnósticos. Recentemente pediram-me indicação de um “fibromialgista”. Pode estar nascendo uma nova especialidade médica.

A relação médico-paciente, como relação humana, é acontecimento múltiplo. É fato psicológico, impregnado de significados, de sentimentos, de valores. É fato social, no expressivo encontro de pessoas assimetricamente situadas, supondo diferentes classes, necessidades, conhecimentos, papéis, direitos, deveres, capacidades e poderes. É importante fato econômico no disputado mundo de produção e de consumo como prestação de serviço intermediado por agentes do Estado ou de organizações privadas para valorização e aquisição do bem “saúde”. É na relação médico-paciente que se realiza efetivamente a medicina em todas as épocas, na dinâmica das acolhidas e das repulsas, das tensões e dos afetos. A dinâmica das relações com o ambiente – o meio externo e o meio interno – é expressiva característica biológica. A relação médico-paciente – como fato psicológico, como fato social, como fato econômico – situa-se basicamente nessa dinâmica humana, a dinâmica do ser dotado de vida cuidado pela medicina.

A atividade clínica acontece no trabalho médico de observação e exame do paciente. O suposto saber médico esbarra nos limites levantados pelo paciente no acesso às suas manifestações mais íntimas, e nos limites dos instrumentos existentes à disposição do médico. O trabalho médico consiste na superação desses limites perturbadores e inevitáveis. O trabalho médico – diagnóstico e terapêutico – cumpre-se na transação de observações simultâneas e díspares em que o médico observa o paciente, o paciente observa o médico, o paciente observa a si mesmo, e o médico observa sua pessoa e sua conduta.

Observação médica e exame médico são diferentes processos. A subjetividade da observação seria confirmada na objetividade do exame. Na medicina moderna e pós-moderna a objetividade conquista a soberania da nova clínica.

A perspectiva tecnológica da medicina enfatiza a observação do paciente como portador da doença. O primado do recurso instrumental objetiva descobrir a verdade da doença escondida no corpo do paciente, desde que os aparelhos são incapazes de compreender a verdade do doente escondida na doença. As máquinas dominam a participação do médico, apêndice para a leitura do que elas registram. As máquinas ampliam os recursos do corpo do médico, distanciando-o. O que seria contato (com tato), sensações e percepções – manifestações psicológicas – transmuda-se em resultados de exames. Aparelhos servem para ver em imagens o invisível para os olhos. Aparelhos servem para ouvir o inaudível. Servem para substituir por informações físicas e químicas o que não é precisado pelo tato, pelo olfato ou pelo paladar. Cumpre-se a objetividade do exame médico.

A linguagem é o instrumento humano a permitir a real possibilidade de acesso às verdades do saber médico e do saber do paciente. Palavras e silêncios, sons e gestos, tonalidades e movimentos compõem a expressão comunicativa na interação dos contatos interpessoais, supondo modos de revelação e de encobrimento. O uso da linguagem na relação médico-paciente engloba atitudes, comportamentos, palavras, e ultrapassa as técnicas de entrevista na elaboração de anamneses ou na prescrição de medidas terapêuticas. Em sua pluralidade, a linguagem compreende – nos diversos sentidos desta específica palavra – toda conduta expressiva existente no mútuo interesse estabelecido. A doença e os sintomas são linguagem, a serem ouvidos, lidos, interpretados pelo médico no seu próprio saber técnico e no saber de si que apenas o paciente pode informar. Para saber de tudo isso, a milenar atitude do médico é perguntar, pois ele de nada sabe. Cumpre-se, com as linguagens, a singularidade da observação médica.

Estou dizendo que entrevista, observação, exames e tratamentos nunca deixam de ser situações de significado psicológico. Por isso são de significado biológico. Significativo

processo de adoecimento compõe a particular biografia de cada paciente, como forma de manter e exprimir a vida possível. Por isso entrevista, observação, exames e tratamentos constituem fatos de significado biológico.

Saber da doença e de mecanismos não é saber do processo do adoecimento. Este é um evento da biografia. Tal como saber da colocação ordenada dos tijolos não é saber da construção do edifício. A dor, o sintoma, até mesmo a doença é uma sinalização do doente, uma manifestação significativa da vida de que ele, o doente, é único portador. Talvez a relação médico-paciente seja o local único e privilegiado onde possa ser compreendido o que exprime cada uma dessas comunicações.

Ante as tensões e insatisfações da crise da medicina moderna, esboça-se a busca do que seria qualidade de vida como realização, e não a quantificação de vidas. Cabe entender que, pela própria denominação, “era pós-moderna” é tempo de transição; transição de práticas, de costumes, de entendimentos, de objetivos, de métodos nas relações vigentes em nossa cultura, e conseqüentemente na relação médico-paciente.

### 3. PESQUISA MÉDICA

## Ética na Experimentação Animal

VIRGINA CLAUDIA C. GIRÃO

Doutoranda em Farmacologia do Departamento de Fisiologia e Farmacologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

FRANCISCO AIRTON C. ROCHA

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

**A** EVOLUÇÃO das ciências biológicas relaciona-se com a utilização de animais nos trabalhos de pesquisa científica. Os estudos através de modelos experimentais são de fundamental importância, não só em razão dos avanços que permitem o conhecimento dos mecanismos dos processos vitais, mas também pelo aperfeiçoamento dos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças tanto na medicina humana como na própria medicina veterinária.

Os trabalhos desenvolvidos com a participação de animais tiveram início com os estudos comparativos entre órgãos humanos e animais, realizados por Aristóteles (384-322 a.C.). Esses estudos proporcionaram várias descobertas,

como os estudos iniciais sobre o funcionamento da medula espinhal (Galeno, 130-201) e sobre a circulação sanguínea (Harvey, 1578-1657); além de consagrar cientistas como Lavoisier (1743-1794) e Claude Bernard (1813-1878) (Andrade *et al.*, 2002).

Os animais de laboratório, principalmente os ratos e os camundongos, são os mais amplamente utilizados em pesquisa. A grande utilização desses animais ocorreu em razão de sua fácil manutenção e observação; de apresentarem ciclos vitais curtos; de permitirem a padronização genética e do ambiente; do transplante de tumores e também motivada pela grande quantidade de informações básicas disponíveis.

Um protocolo experimental implica na interação de diferentes reagentes. Assim, os animais de laboratório devem ser considerados verdadeiros reagentes biológicos que participam do modelo experimental. Portanto, para o melhor desenvolvimento do trabalho científico, os animais utilizados devem se encontrar em bom estado de saúde, ser mantidos em condições adequadas, e ser submetidos a procedimentos éticos durante o desenvolvimento do experimento planejado (De Luca *et al.*, 1996).

Infelizmente, durante muito tempo, a ciência viveu sob a influência filosófica de René Descartes, que considerava os animais seres incapazes de sentir ou de sofrer. Entretanto, Charles Darwin, através de sua teoria da evolução, contribuiu para a percepção de que o homem é um animal. Assim, as preocupações morais com os homens deveriam se estender aos animais. A partir dessas preocupações iniciais com a ética no seu uso, teve início uma série de movimentos a favor dos cuidados com os animais, bem como movimentos antiviviseccionistas que contribuíram para o surgimento de diversas entidades. São exemplos disso a Liga Alemã Contra a Tortura Animal, em 1879, e a La Societé Contre la Vivisection, em 1882, existentes até hoje. Já em 1926, Charles Hume fundou a sociedade University of London Animal Welfare, atual Universities Federation for Animal Welfare, com o objetivo de racionalizar a utilização dos animais em estudos experimentais e de ressaltar a preocupação científica com o bem-estar animal (Andrade *et al.*, 2002).

Ainda hoje, existem posições extremas acerca da utilização de animais em experimentações. No entanto, a experimentação animal é uma atividade humana com grande conteúdo ético. Assim, são considerados legitimamente éticos os experimentos em animais que sejam de benefício direto para a vida, a saúde humana e animal e para aqueles que procuram novo saber que contribua significativamente para o conhecimento da estrutura, função e comportamento dos seres vivos. No entanto, se houver métodos alternativos fidedignos para o conhecimento que se procura, os experimentos não serão eticamente válidos.

O Princípio Humanitário da Experimentação Animal foi sintetizado por Russel e Burch (*apud* Remfry, 1987) como o princípio dos 3Rs (*Replacement, Reduction e Refinement*).

**REPLACEMENT** – pode ser traduzido como Alternativas, indicando que sempre que possível deve-se usar, no lugar de animais vivos, materiais sem sensibilidade, como cultura de tecidos ou modelos em computador.

**REDUCTION** – é traduzido como redução, pois, uma vez que é imprescindível a utilização de animais em certos tipos de experimentos, o número utilizado deve ser o mais reduzido possível, desde que possa fornecer resultados estatísticos significativos.

**REFINEMENT** – pode ser traduzido como aprimoramento, refere-se a técnicas menos invasivas e ao manejo de animais somente por pessoas treinadas, inviabilizando situações de estresse e/ou dor que tragam sofrimento aos animais.

O uso ético de animais depende muito da integridade e consciência de cada cientista, principalmente por não ser fácil policiar a pesquisa. Felizmente, a maioria dos cientistas envolvidos com a experimentação respeita a vida dos animais e preocupa-se em conduzir suas pesquisas sem causar-lhes sofrimento, seguindo os princípios éticos da experimentação animal.

Vale salientar que os pesquisadores podem contar, no âmbito local, com o apoio dos Comitês de Ética em Experimentação das diferentes universidades, e no âmbito nacional, com o Colégio Brasileiro de Experimentação de Animais (COBEA), constituído por pesquisadores e técnicos interessados em experimentação animal. Além disso, existem posturas éticas concernentes aos diferentes momentos de desenvolvimento de estudos com animais de experimentação, bem como sobre as normas de vivissecação.

Como modelo para a submissão de projetos de pesquisa à Comissão de Ética em Experimentação Animal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (FAMED-UFC), temos o seguinte formulário:

Universidade Federal do Ceará  
Comissão de Ética em Pesquisa Animal – CEPA  
Rua Coronel Nunes de Melo, 1.127, Rodolfo Teófilo  
CEP 60430-970, Fortaleza, CE  
Tel: (85) 288-8338 – Fax (85) 288-8333

PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS PARA  
LICENCIAMENTO DE PROJETO JUNTO À CEPA-UFC

Protocolo n.º \_\_\_\_\_

Data de entrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Não aprovado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Pessoal**

1.1 Período previsto para utilização dos animais:

Início:                      Término:

1.2 Finalidade:    ( ) Ensino    ( ) Pesquisa

1.3 Responsável:

Nome:

**E-mail:**

Instituição:

Telefone:

Ramal:

Fax:

**2. Título do projeto ou aula prática:**

2.1 Objetivo geral do projeto:

**3. Metodologia experimental:**

3.1 Justificar o uso da(s) referida(s) espécie(s) em cada procedimento:

3.2 Indicar fontes provedora(s) dos animais:

( ) Biotério    ( ) Animal silvestre\*    ( ) Outros

Outros, especifique:

3.3 \* Em caso de experimentação envolvendo animais silvestres, é imprescindível a inteira adequação às pré-condições estabelecidas pelo IBAMA (anexar solicitação de autorização do IBAMA).

3.4 Indicar o número aproximado de animais, justificando a sua utilização:

3.5 Descrição dos animais:

( ) Camundongo    ( ) Rato    ( ) Hamster

( ) Coelho    ( ) Cão    ( ) Gerbil    ( ) Primata não humano

Outro(especificar):

Linhagem: Wistar

Sexo ( ) M    ( ) F

Idade:                      Peso:

Padrão sanitário:

3.6 Existe planejamento estatístico?

( ) Sim    ( ) Não

**4. Condições gerais de uso (alojamento e alimentação dos animais)**

4.1 N.º de animais por gaiola e tipo de gaiola:

4.2 Os animais serão alojados:

( ) Biotério de experimentação/local: sala n.º:

( ) Outro, especifique:

4.3 Climatização, fotoperíodo, exaustão de ar:

4.4 Tipo de alimentação:

( ) Ração industrial    ( ) Suplementação    ( ) Dieta específica  
Especificar:

4.5 Qualidade da água:

( ) Filtrada    ( ) Autoclavada    ( ) Clorada

4.6 Tipo de cama:

( ) Esterilizada    ( ) Não esterilizada

4.7 Existe acompanhamento técnico especializado?

( ) Sim    ( ) Não

Nome:

Qualificação:

**5. Biossegurança**

5.1 Utiliza animal infectado?

( ) Sim    ( ) Não

5.2 Em caso afirmativo indique o nível de risco da atividade de acordo com o Manual de Biossegurança. Mario Hiroyuki Hirata e Jorge Mancini Filho.

( ) Risco 1 – Baixo risco individual e baixo risco para a comunidade;

( ) Risco 2 – Baixo risco individual e baixo risco para a comunidade;

( ) Risco 3 – Risco individual elevado, risco comunitário limitado;

( ) Risco 4 – Risco individual e comunitário elevado.

5.3 As condições de biossegurança oferecidas são compatíveis com o risco da atividade?

( ) Sim    ( ) Não

Se não, justifique:

## 6. Limpeza, desinfecção e esterilização

6.1 Qual o produto que será utilizado nos processos de limpeza e desinfecção e que terá contato com os animais?

- Quaternários de amônio  Álcool a 70%  Polvidine  
 Iodo  Cloro  
 Outro, especifique:

6.2 Utilizará materiais e/ou equipamentos esterilizados?

- Sim  Não

Se não, justifique:

## 7. Informações sobre os procedimentos experimentais do projeto de pesquisa ou da aula

7.1 Será usado algum tipo de contenção no animal? Qual? Justifique:

7.2 Usará drogas analgésicas e/ou anestésicas?

- Sim  Não

Qual(is) droga(s), dosagem e via de administração:

7.3 Envolverá dor nos animais?

- Sim  Não

Justifique a resposta, e como será avaliada a dor:

7.4 Envolverá estresse nos animais?

- Sim  Não

Se sim, justifique:

7.5 O procedimento levará a alguma restrição hídrica ou alimentar?

- Sim  Não

Se sim, justifique:

## 8. Cirurgia

8.1 Realizará cirurgia?

- Não  Única  Múltiplas

8.2 Indique o nome do responsável pelo procedimento cirúrgico:

8.3 As manipulações cirúrgicas resultarão em sobrevida?

- Sim  Não

8.4 A cirurgia será realizada no:

- Laboratório  Biotério de experimentação  Outro local

Se outro local, especifique:

8.5 Que cuidados e terapias pré e pós-cirúrgicas serão utilizados?

## 9. Administração de drogas, reagentes ou outros (materiais radioativos, etc.)

9.1 Serão administradas drogas, reagentes ou outros materiais (incluindo células) aos animais?

- Sim  Não

Se sim, especifique:

9.2 Em caso de material radioativo o estudo deve ser autorizado pelo Conselho de Energia Nuclear.

## 10. Extração de Fluidos durante o experimento

10.1 Serão extraídos fluidos (p. ex., sangue, urina, bile, liquor) dos animais?

- Sim  Não

Se sim, especifique:

10.2 Haverá reposição de fluidos?

- Sim  Não

Se sim, especifique:

## 11. Eutanásia

11.1 Indique o método a ser utilizado nos animais:

- Deslocamento cervical  Decapitação  CO<sub>2</sub>  
 Anestesia sob dessangramento  Alta dose anestésica  Outro

Se outro, especifique:

12. Os animais podem ser usados para outro experimento de pesquisa ou ensino?

- Sim  Não

12.1 Os animais serão usados apenas para retirada de órgãos?

- Sim  Não

## 13. Retorno das estatísticas de uso

13.1 O portador da licença é responsável, também, por manter registros de uso para eventuais inspeções, e encaminhar à comissão um balanço de todos os animais utilizados anualmente.

13.2 O retorno deverá acontecer a cada 31 de janeiro.

14. Parecer:

Relator:

## Referências

1. Andrade A, Pinto SC, Oliveira RS: Animais de Experimentação 1.ª ed, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.
2. De Luca RR, Alexandre SR, Marques T, Souza NP, Merusse JLB, Neves SP: Manula para Técnicos em Bioterismo. 2.ª ed, São Paulo, Winner Graph, 1996.

3. Remfry J: Ethical aspects of animal experimentation. In: Laboratory Animals: an introduction for new experiments. New York, Tuffery, 1987.

## Ética, Ciência e Inovação Tecnológica em Saúde

JOSÉ TUPINAMBÁ S. VASCONCELOS

Mestre em Clínica Médica  
Membro do Comitê de Coluna Vertebral da SBR  
Ex-Presidente da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste

**O** SETOR DE SAÚDE é um dos gigantes da indústria mundial, representando 15% do produto interno bruto (PIB) dos Estados Unidos. As perspectivas desse setor são de crescimento acelerado, motivado por três fatores:

1. envelhecimento da população e o conseqüente aumento da demanda por serviços de saúde;
2. grande volume de pesquisas em ambiente privado, financiadas pelas indústrias farmacêutica e de equipamentos;
3. confluência de elementos tecnológicos que podem resultar em uma mudança paradigmática de grande magnitude, como a genômica e a proteômica.

Mas a quem pertencem e a quem servem as novas informações científicas e a inovação tecnológica?

As leis de patentes dispõem o direito de uma pessoa ou de uma organização explorar, por tempo limitado, os frutos de sua atividade intelectual abstrata ou de pesquisa formal. É legítimo que o esforço humano, o investimento financeiro e de tempo dos cientistas e das empresas possam lhes conferir primazia no controle e uso dessas invenções e descobertas. Não é difícil imaginar que o desrespeito

generalizado às leis de patentes, um direito reconhecido universalmente, desencorajaria a produção, divulgação e transferência de informações científicas e inovações tecnológicas para a sociedade.

Por outro lado, cabe a seguinte discussão sociológica e humanitária sobre o tema: qual é o limite da propriedade intelectual na era do conhecimento? É justo que milhões de pessoas sofram ou morram pela ausência de um bem que lhe foi eticamente assegurado desde a advertência formal da ONU em 10 de novembro de 1975, quando proclamou a “*Declaração Sobre a Utilização do Progresso Científico e Tecnológico no interesse da Paz e em Benefício da Humanidade*”? Uma recente ação do Ministério da Saúde brasileiro na questão das patentes dos medicamentos utilizados no controle da AIDS é emblemática sobre o tema. Outro exemplo notável e recente da cooperação científica internacional em saúde, deu-se na luta contra a epidemia de SARS, em que algumas instituições dos três continentes, trabalhando juntas pela internet, conseguiram identificar o vírus causador da doença em poucas semanas (o vírus da AIDS levou dois anos e meio para ser identificado).

Portanto, essas são questões éticas abertas, merecendo discussão exaustiva para que se possa encontrar a medida aceitável na mediação entre criadores de conhecimento, indústria, mercado e sociedade.

## Erro Médico – e o Direito do Paciente à Informação

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

Diretor Científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste  
Membro do Comitê de Ética da SBR

**A**NTIGAMENTE A MORTE era um “chamado de Deus”. Perder a saúde ou morrer era, portanto, fato decorrente da vontade divina. Os valores religiosos foram cedendo espaço às condutas mais racionais, tendo o homem passado a acreditar na possibilidade de prolongar sua existência e evitar males à sua saúde através de meios científicos.

Surgiu, então, a figura do “médico da família”, aquele profissional que gozava da plena confiança do paciente. Na ocorrência de morte ou do prolongamento de uma grave enfermidade, a última possibilidade a se cogitar seria a de uma falha do insuspeito profissional.

A relação médico-paciente encontra-se, atualmente, conturbada, especialmente em decorrência da impossibilidade de livre escolha do médico pelos pacientes, o que implica em um relacionamento impessoal. Agravando essa situação, observa-se a imposição dos convênios no sentido de que o atendimento seja realizado exclusivamente por credenciados, o que implica, para obter melhor remuneração, ser o médico obrigado a trabalhar em vários locais, com um número mais elevado de pacientes, com menos tempo disponível.

Em decorrência dessa nova realidade, um tema que se reveste da maior relevância e que atualmente se faz objeto de inúmeras discussões é a responsabilidade profissional dos médicos. Cabe então a indagação: será que o erro médico neste país só ocorre por falta de preparação adequada nas universidades? Certamente esse é um fator importante, no entanto, sabemos que um sexto dos médicos americanos já foi ou está sendo processado por erro. E eles são, certamente, médicos com excelente qualificação profissional!

Os fatores que provocam o aumento acelerado no número de processos são, segundo os especialistas, os seguintes:

- dessacralização crescente da sociedade;
- impessoalização da relação médico/paciente;
- Judiciário mais próximo da população.

Surge, então, a seguinte indagação, fruto da preocupação que passou a ter toda a categoria:

Quando um médico é culpado por erro?

Naturalmente, quando há negligência, imprudência ou imperícia.

Nessas situações o que se procura verificar é se o médico procedeu ou não com culpa, isso porque a natureza do serviço médico é, em princípio, obrigação de *meio*, e não de *resultado*.

Com efeito, os médicos não pactuam com os pacientes o sucesso do tratamento, mas, tão-somente, a obrigação de colocar à sua disposição diligências e técnicas que prudentemente serão utilizadas na realização do trabalho.

Para haver responsabilidade pessoal do médico, portanto, deve haver CULPA, decorrente de uma ação ou omissão profissional que provoca dano ao paciente. O simples dano, tal como uma seqüela decorrente do uso de um determinado medicamento, evidentemente, por si só, não implica no dever de reparação, conforme se depreende da seguinte afirmativa:

“Não age com negligência ou imperícia o médico que, diante do quadro do paciente, é levado a diagnóstico distinto, não lhe dando tratamento adequado.”  
(Juízes DUARTE DE PAULA e KILDARE CARVALHO)

Daí, então, a necessidade de serem evitadas condutas equivocadas que importem em:

**NEGLIGÊNCIA.** Age negligentemente o profissional, quando deveria adotar uma determinada conduta e dela se omite. Por exemplo, abandonar o paciente quando este necessita de seus cuidados; deixar a cargo de outros (enfermeiras, acadêmicos) a realização de determinados procedimentos; quando impossibilitado, não incumbir outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave; omitir-se de informar ao paciente todos os riscos que envolvam o seu tratamento ou a gravidade da doença etc.

**IMPRUDÊNCIA.** Nesse caso existe uma ação e não uma omissão, tal como ocorre com a negligência. Evidencia-se quando o médico expõe o paciente a um risco demasiado, agindo sem cautela, como, por exemplo, na utilização de material não esterilizado para punção, ou de drogas sem o devido controle (metotrexato sem enzimas de controle, cloreto de quinina sem exame oftalmológico de rotina).

IMPERÍCIA. Ocorre quando há deficiência de conhecimentos técnicos profissionais ou despreparo prático, de modo a colocar em risco os pacientes. Nessa hipótese há uma conduta realizada em desacordo com a melhor técnica, porque o profissional simplesmente não a domina adequadamente. Por exemplo, realizar pulsoterapia com dose inadequada, deixar de adotar tratamento em que já exista trabalho de metanálise comprovando sua eficácia etc.

Diante de um caso que supere seus conhecimentos, deverá o médico conferenciar com seus colegas, ou seja, antes de intervir, deve avaliar a si mesmo.

Com relação aos conceitos supra referenciados, temos a notável lição:

“Não é imperito quem não sabe, mas aquele que não sabe aquilo que um médico ordinariamente deveria saber; não é negligente quem descarta alguma técnica, mas quem descarta daquela norma que todos observam; não é imprudente quem usa experimentos terapêuticos perigosos, mas aquele que os utiliza sem necessidade.” (Procurador-Geral da Corte de Apelação de Milão)

Devemos notar que um dos erros mais comuns é a omissão de informações claras sobre o diagnóstico, o tratamento e a evolução da doença. Essa falta de informação naturalmente deixa inseguro o paciente que paga pelo serviço, induzindo-o a comparecer aos tribunais diante de um fato inusitado, por vezes mesclando a ignorância sobre o assunto com a revolta de que é possuído.

Lembremos nosso Código de Ética, expresso ao vedar ao médico:

Art. 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente (...)

(...)

Art. 48 – Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar.

(...)

Art. 56 – Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas (...)

Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento (...)

Art. 64 – Opor-se à realização de conferência médica solicitada pelo paciente ou seu responsável legal. (...)

Art. 69 – Deixar de elaborar prontuário médico para cada paciente.

Art. 70 – Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar (...)

Não podemos jamais esquecer que o direito de acesso à informação é inalienável, representando *uma garantia ampla e irrestrita da Constituição Federal*, daí porque base de uma verdadeira e real democracia, pois assegura ao cidadão o direito total e ilimitado de saber o que lhe diz respeito. O seu corpo e a doença que o aflige lhe pertencem, não sendo propriedade do médico. O paciente não nos dá o direito de decidir por ele.

Com efeito, o paciente quer ver respeitada a sua capacidade de discernimento, de julgamento, assim como a sua opinião, sendo de bom alvitre o médico proceder da seguinte maneira para evitar culpas futuras:

- informar adequadamente o paciente a respeito do diagnóstico e do tratamento;
- obter o consentimento do paciente, por escrito, nos casos mais complexos;
- obter o testemunho dos familiares do paciente, por escrito, nos casos mais complexos;
- registrar os cuidados que o paciente deverá tomar durante e após o tratamento.

É importante que a Sociedade Brasileira de Reumatologia reserve, em seus Congressos, um espaço onde se possa convidar membros do Conselho Federal de Medicina, advogados e outros especialistas para que se obtenha melhores informações a respeito de temas tão polêmicos como erro médico, inter-relação com laboratórios etc.

## Referências

1. Código de Ética Médica. Resolução n.º 1.246/88 do CFM.
2. Código de Defesa do Consumidor.
3. Gauderer EC: Os Direitos dos Pacientes, Rio de Janeiro, Record.
4. Miro C: Erro Médico Visto pelos Tribunais, São Paulo, Edipro.

5. Marinoni LG: Tutela antecipada, julgamento antecipado e execução imediata da sentença, São Paulo, Editora Revista dos Tribunais.
6. Consulex Revista Jurídica, Brasília, DF, nov. 1999.
7. Rocha MV: Moral e Medicina, Alagoas, Editora Edufal.
8. Revista Síntese de Direito Civil e Processual, São Paulo, n.ºs 3 e 4, 2000.



# A Responsabilidade Médica no Novo Código Civil

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

Diretor Científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste  
Membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBR

**O** ARTIGO 927 do novo Código Civil brasileiro cuida da responsabilidade civil do seguinte modo:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, *independentemente de culpa*, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco, para os direitos de outrem. (Grifo nosso.)

Tal dispositivo poderia erroneamente ser entendido como possível de incidir sobre a atividade médica.

Tal não ocorre, porém.

Como já havíamos afirmado, em outra oportunidade,

“O que se procura verificar é se o médico procedeu ou não com culpa. A natureza do serviço é, em princípio, obrigação de meio, e não de resultado (...) Para haver responsabilidade pessoal do médico, deve haver culpa (...) O simples dano, como uma seqüela decorrente do uso de um determinado medicamento, evidentemente, por si só, não implica no dever de reparação (...)”

Entendemos que o raciocínio anteriormente aplicado continua a prevalecer, pois o Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078/90), em seu artigo 14, § 4.º (não revogado pelo novo Código Civil), contém a seguinte regra:

§ 4.º A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de *culpa*. (Grifo nosso.)

A posição do profissional liberal, portanto, é tratada por lei especial, ou seja, pelo direito do consumidor, constituindo-se em *exceção* ao disciplinamento geral do Código Civil.

O mesmo raciocínio, contudo, não se aplica às pessoas jurídicas fornecedoras de serviço médico, tais como hospitais e planos de saúde, que respondem objetivamente pelos danos causados, sendo oportuno ressaltar que, se essas entidades propuserem ação regressiva contra o médico, a verificação de culpa deverá ser apurada.

O que se tem por imprescindível é que, mesmo sem haver, ainda, número expressivo de ações, deveria a Sociedade Brasileira de Reumatologia antecipar-se a possíveis decisões judiciais, promovendo a discussão sobre seguros de saúde (coletivos?).

O tema deverá ser abordado em reuniões específicas a serem realizadas em nossos congressos e jornadas.

### Medicina Baseada em Evidências e Ética

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

Diretor Científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste  
Membro do Comitê de Ética da SBR

**N**O PASSADO, baseávamos nossas condutas somente na literatura e em nossa experiência pessoal. Com o aumento no número de publicações, tornou-se impossível acompanhar todos os trabalhos editados, muitas vezes discordantes entre si, em relação aos resultados obtidos.

Com o avanço da epidemiologia clínica, obtivemos trabalhos de maior fidedignidade, impondo-nos novas questões éticas.

Como é sabido, age negligentemente o profissional que se omite em adotar determinada conduta tida como correta.

Se existe estudo, através de medicina baseada em evidência, em que se comprova a eficácia de determinado tratamento em detrimento de outro, incide em erro, sendo passível de punição, médico que deixa de optar pela consagrada conduta?

Observemos o seguinte caso:

Segundo Ortiz, Z *et al.*, no estudo Folic acid and folic acid for reducing side effects in patients receiving metho-

trexate for rheumatoid arthritis – Cochrane Review (In: Cochrane Library, Issue 4, 1999 – Oxford: Update Software), há redução dos efeitos colaterais gastro-intestinais do metotrexato em até 79%, quando se utiliza ácido fólico na dose de 5 mg/semana, sem que haja redução de seus efeitos benéficos.

Surge, então, a seguinte hipótese: a não utilização do medicamento acima, em casos que tais, e havendo efeito colateral indesejado, ensejaria um processo contra o profissional médico?

Da mesma forma, se existe terapia cuja eficácia os dados epidemiológicos colhidos não evidenciam (florais de Bach, babosa, cartilagem de tubarão, medicina ortomolecular, homeopatia[?], dentre tantas outras), teríamos a possibilidade de utilizá-las?

Somos absolutamente livres em nossa conduta?

#### ARTIGO RESPOSTA N.º 1

### Reflexões no Campo da Bioética

ERINALVA M. FERREIRA | Professora do Centro Jurídico da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

**R**ECEBI, em junho de 2002, com muita satisfação, das mãos do Dr. Georges Christopoulos, uma reflexão de sua autoria intitulada “Medicina Baseada em Evidências e Ética”.

Solicitou-me uma apreciação sobre o estudo que apresenta com reflexão, já publicado no *Boletim da Sociedade Brasileira de Reumatologia*, em jan./mar. 2001.

Sem dúvida, a preocupação do Dr. Christopoulos é relevante porque obriga-nos a estar vigilantes aos enormes desafios de um novo tempo, com cientistas, pensadores e profissionais de todos os campos do conhecimento se perguntando sobre determinados procedimentos tecnocientíficos e a viabilidade destes em searas da bioética e/ou do biodireito.

Assim, o caso que me foi apresentado e que ora está em debate, abre mais uma oportunidade para múltiplas reflexões no campo da bioética, vez que a sua natureza não é exclusiva da moderna ciência biomédica. Diante deste caso, observam-se questões éticas sobre os limites da prática médica, sobre os direitos e a dignidade do sujeito envolvido que não pode ser tratado como mera coisa.

Entretanto, por não se tratar de um artigo ou um *paper* (entendo como sendo apenas um caso sugerido), a minha contribuição neste espaço não poderá ser de uma discussão acadêmica, porque o caso descrito pelo Dr. Christopoulos sugere outras implicações ético-metodológicas específicas para “análises” de casos ou “casuística”.

Minha primeira idéia é remeter a nobre preocupação do Dr. Christopoulos à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º 251/97, que trata precisamente de pesquisas sobre novos fármacos... Assim o faço porque considero que a mais interessante contribuição para a problemática referida – sem jamais perder de vista que a mesma alcança os quatro princípios bioéticos básicos, quais sejam: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça – seria transformá-la em um projeto de pesquisa em ser humano. Tal projeto, por sua vez, deveria ser encaminhado a qualquer comitê de ética em pesquisa (CEP) do país, desde que aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Os CEPs são institucionais e a Universidade Federal de Alagoas, através do seu CEP reconhecido e aprovado pela CONEP desde 1997, poderia acolher e analisar tal projeto.

Se a intenção do debate é proteger populações vulneráveis, tal procedimento corresponde à melhor forma de garantir o bem do paciente pesquisado ou, em outras palavras, corresponde à melhor forma de lidar com as questões de suma importância envolvendo protagonistas (sujeitos), cujo bem-estar e/ou sofrimento não podem ser minimizados ou deturpados.

Ao mesmo tempo, considero que a transformação do problema biomédico em problema bioético – com a estruturação de um protocolo de pesquisa direcionado para um CEP corresponde a uma exigência das diretrizes e normas brasileiras vigentes, porque com essa mentalidade temos avançado no Brasil a partir do texto da Resolução n.º 196/96–CNS e da criação do CONEP.

No presente momento, a reflexão bioética sobre casos como o que ora me foi apresentado, não pode ficar na penumbra ou meramente sensibilizado por opiniões, posto que já nos são disponíveis instrumentos normativos, éticos e práticos que podem ser operacionalizados cuidadosamente e de forma significativa pelas instâncias que discutem a eticidade da pesquisa no país (CEP e CONEP).

À medida que crescem os dilemas, e os complicadores no campo bioético são mais sérios, há necessidade de se adequar a liberdade de saber e da ciência a outros critérios e princípios ético-democráticos (vulnerabilidade, responsabilidade, precaução, equidade, etc.), a partir do arcabouço jurídico e bioético produzido na última década de forma democrática e multidisciplinar pela sociedade brasileira, através de suas instituições representativas.

Em quaisquer casos, as diretrizes nacionais plasmadas nos inúmeros textos das resoluções da CONEP/CNS-MS podem e devem ser complementadas pelos instrumentos internacionais de controle no campo bioético, como: a Declaração Universal dos Direitos Humanos Bioéticos (ONU/UNESCO); o Convênio sobre os Direitos Humanos e a biomedicina (União Européia); a Declaração de Helsinque, entre tantos outros.

Em síntese: considero que o caso que se analisa encontra plena previsibilidade nas resoluções nacionais da CONEP/CNS, principalmente nas Resoluções n.ºs 196/96 e no 251/97, devendo apresentar-se por meio de protocolo.

Assim, faz-se indispensável no exemplo em tela e em quaisquer outros, a prática do controle social para evitar os abusos incompatíveis com a ética e os direitos fundamentais. A prática biomédica, como atividade de interesse público e coletivo não pode fugir dos pressupostos de controle, realizados cuidadosamente através de instâncias afirmadoras do pluralismo democrático presente nos comitês de ética em pesquisa (mais de trezentos CEPs em todo o país) e na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Que a mensagem do Dr. Christopoulos e seus questionamentos possam ser evidenciados através da ética em pesquisa e nos possibilite a revisão de muitos conceitos, crenças e valores acerca do homem, da sua saúde e da sua vida em dignidade e qualidade.

## ARTIGO RESPOSTA N.º 2

# A Responsabilidade Civil do Médico Ante a Aplicação ou Não Aplicação de Técnicas e Medicamentos Experimentais

FERNANDO MACIEL

Advogado, Mestre em Direito  
Professor de Direito Civil da Faculdade de Alagoas (FAL)  
e da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)



AVANÇO DA CIÊNCIA MÉDICA, a partir do surgimento de novas técnicas e medicamentos para tratar várias patologias, traz a lume uma indagação muito

interessante: pode o profissional médico ser responsabilizado civilmente se aplicar ao paciente uma nova técnica ou um novo medicamento em detrimento de outra técnica ou

conduta médica já consagrada ou de outro medicamento cujos efeitos já são conhecidos?

Questionado de maneira inversa: pode o profissional médico ser responsabilizado se aplicou ao paciente conduta e técnica médica ou ainda remédio já consagrados e conhecidos, que não surtiram o efeito desejado, em detrimento de usar novas técnicas e novos medicamentos que poderiam tê-lo surtido?

Há que se observar inicialmente, antes de partir para a resposta a essas perguntas, que após o advento do Código de Defesa do Consumidor (Lei federal n.º 8.078/90), a responsabilidade do médico, profissional liberal, passou a ser regida também pelo mesmo dispositivo, tratando-se de uma relação de consumo, em que o médico é o fornecedor e o paciente o consumidor de seus serviços.

A aludida lei, entretanto, atribui aos profissionais liberais a responsabilidade subjetiva, que requer a comprovação de culpa (negligência, imprudência ou imperícia) ou dolo (vontade de agir). É de se observar que, no caso dos médicos, sua obrigação contratual com o paciente é de meio e não de resultado<sup>(1)</sup>, ou seja, a obrigação do médico é usar todo o seu conhecimento, habilidade e ciência (meios dos quais dispõe) para atingir o objetivo desejado com aquela intervenção.

Daí, conclui-se que o médico, em regra, somente será punido civilmente se prejudicou seu cliente e paciente por ter agido de maneira negligente ou imprudente, ou por ser imperito para aquele tipo de intervenção médica (não ser especialista, p. ex.), ou, ainda, por desejar causar o dano ao paciente (dolo). Somente poderá ser punido o médico se deixou de empregar técnica e conduta ou de utilizar medicamentos que dominava e tinha conhecimento.

É ainda um requisito para que o médico possua tal obrigação que as técnicas e condutas a serem usadas, bem como os medicamentos a serem receitados, tenham a aprovação e conhecimento do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, posto que sem essa autorização não está o médico obrigado a fazer uso dos mesmos.

No que pertine à primeira questão formulada neste artigo, pode-se afirmar que o médico poderá responder civilmente se, mesmo agindo com prudência e sem negligência, usa de técnicas ou condutas médicas novas, ou prescreve medicamentos novos, sem a chancela do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina e porventura este venham a causar danos ou mesmo a morte do paciente.

## Nota

1. Há que se observar que os tribunais superiores vêm entendendo que, apesar da responsabilidade civil do médico ser em geral subjetiva, e de sua obrigação ser de meio, em algumas intervenções médicas, como no caso das cirurgias plásticas estéticas, esta responsabilidade passa a ser objetiva e a obrigação de resultado.

A única hipótese em que a jurisprudência tem admitido a possibilidade apresentada é o fato de estarem tais técnicas e medicamentos em fase de testes, cujos efeitos colaterais não são num primeiro ponto mortais, e há autorização expressa do paciente ou de sua família para que tais medicamentos ou técnicas sejam usados como último recurso de salvação do paciente.

Nesse caso prevalece o princípio jurídico do risco tecnológico, bem como da prevalência da vida humana.

Já quanto à segunda questão suscitada, há que se aplicar o raciocínio também de maneira inversa. Não poderá o profissional médico ser punido civilmente porque aplicou técnica, procedimento ou medicamento de efeitos conhecidos, ainda que estes não atinjam o fim desejado. Não é entendido pelos tribunais que o profissional médico possa ser punido por deixar de usar remédio ou técnica experimental.

Neste segundo caso, o profissional médico somente responderá civilmente se for comprovado que o mesmo aplicou a técnica ou o procedimento equivocados ou de maneira negligente ou imprudente, bem como se houver comprovação que não existindo outra técnica ou medicamento para aquela situação patológica, deixou de fazer o seu uso, sem explicação científica satisfatória, sobretudo quando é solicitado pelo paciente a fazê-lo.

O profissional médico poderá, entretanto, responder civilmente se usou de técnica, conduta ou procedimento médico, ou ainda se prescreveu medicamento que não possui comprovada aplicação ou efeitos.

Apesar de o médico, como os demais profissionais liberais, possuir certa liberdade de conduta, desde que ética e legal, tal liberdade resta adstrita à adoção de comportamento, técnicas e condutas científicas comprovadamente eficientes, e que sejam de conhecimento e domínio do profissional que os aplicará. Tal comportamento enseja a perícia do médico. Além disso, deverá fazê-lo considerando e pesando os riscos que correrá seu paciente (prudência) e fazê-lo de maneira séria, correta e atenciosa (sem negligência). A mesma situação é aplicada à prescrição de medicamentos.

Por fim, resta dizer que, havendo várias condutas, técnicas ou procedimentos, ou ainda medicamentos, que tenham a aprovação dos órgãos competentes, e cientificamente haja comprovação de seus resultados, o médico é livre para escolher entre eles, não podendo ser responsabilizado civilmente por isso, salvo se, ao aplicá-los, como já explanado, age com culpa ou dolo ao causar prejuízos ao seu paciente.

## “A Saúde do meu Paciente Será Minha Primeira Consideração”

(Declaração de Genebra – Associação Médica Mundial, setembro de 1948)

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

Diretor Científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste  
Membro do Comitê de Ética da SBR

**A**TRAVÉS DOS SÉCULOS, o ato médico vem sendo interpretado de maneiras diversas. Primitivamente, a sociedade acatava, sem maiores discussões, a prática de curandeirismos oriundos das mais variadas origens, ao objetivo de obter curas milagrosas.

Hoje tal realidade já não mais ocorre: o que se observa é um crescente questionamento, fruto, evidentemente, do desenvolvimento cultural e das informações veiculadas pelos meios de comunicação.

Da mesma forma, várias terapias, tidas como “insubstituíveis”, foram, aos poucos, deixando de ter o seu uso prescrito, seja por falta de eficácia, seja pelos danos colaterais a que submetem os pacientes.

No entanto, o bem do paciente sempre foi o objetivo a ser alcançado, quaisquer que fossem as práticas adotadas.

Com o avanço da medicina, passamos a ter maiores e melhores opções terapêuticas. Entretanto, o volume de informações passou a ser de tal monta, que acabou por desencadear enormes problemas, pois acompanhar essa evolução tornou-se virtualmente impossível, fato esse agravado pela duvidosa qualidade científica dos relatos contidos em diversos trabalhos.

Surge, então, incontestemente, a medicina baseada em evidências que, através do método científico, avaliando e, posteriormente, corrigindo vieses que a literatura médica apresenta, dá ao médico a possibilidade de tomar decisões de maneira mais coerente, proporcionando uma probabilidade maior de resolução e menores complicações.

Se existe, então, uma chance evidente de minimizar ou extinguir os efeitos colaterais, e não a utilizamos, não incorreríamos em *erro médico*?

Deve o desejo do médico, a sua desatualização, ou até mesmo sua personalidade influenciar decisão clínica, implicando em risco maior para o paciente?

Observemos a disposição do nosso Código de Ética:

Art. 5.º – O médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e *usar o melhor* do progresso científico em benefício do paciente. (Grifo nosso.)

(...)

É vedado ao médico:

(...)

Art. 57 – Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente.

Coloquemo-nos, então, de modo diferente, na situação daqueles que queremos auxiliar: os pacientes.

Nós, médicos, aceitaríamos a decisão de não se acrescentar o ácido fólico (como no caso em pauta), implicando em riscos para a nossa saúde?

Aceitaríamos, ainda, que fosse aplicada terapia cuja evidência não tivesse sido comprovada, em detrimento de outra já consagrada?

Especulações, testemunhos e afirmações podem substituir evidências?

Como seria a decisão de um magistrado diante do problema?

Senhores, fiquemos atentos!!!

A medicina baseada em evidências aparece num momento bastante importante, servindo até de *proteção* para eventuais constatações legais. Incorporem-na, então, no seu dia-a-dia! Recordemo-nos do surgimento do direito médico, área de especialização recentemente incorporada ao meio jurídico.

Esquecer a arte da medicina e desprezar a intuição é um equívoco! Mas se não nos basearmos, também, nas melhores evidências para o tratamento dos nossos pacientes, estaremos incorrendo em erro médico.

## Medicina Defensiva

LAURO JOSÉ PEDROSA DE LIMA

Vice-Presidente do Conselho Regional de Medicina do CRM/AL  
Especialista em Fisiatria e Eletroencefalografia pela AMB

**A** MEDICINA É CONCEBIDA, desde os seus primórdios, como mais que uma profissão ou um ofício. Ela é um sacerdócio. Lidar com a dor e o sofrimento dos seres humanos já seria suficiente para justificar esta condição. Porém, é a invasão da intimidade do paciente a sua pedra de toque, sua condição essencial de existência. Esta singularidade gera toda a aura que a coloca num campo acima das atividades humanas em geral. Por outro lado, determina uma série de compromissos e deveres no mesmo patamar – a ética médica.

Entretanto, a organização social na sociedade capitalista moderna, sob os pilares do liberalismo econômico, define princípios jurídicos que coloca a medicina como uma atividade comercial de prestação de serviços. Disto decorre uma série de aspectos legais, que vão desde o direito do consumidor ao direito penal. Destaco neste contexto a imprensa, que divulga como deseja, julga como bem entende e condena se for conveniente.

Se o sacerdócio e a lei (econômica sobretudo) devem coexistir, também o devem o humanismo e o mercantilismo. Não é justo apenas cobrar o juramento hipocrático para impor obediência civil aos médicos, e levantar argumentos mercadológicos que aviltam a ética médica.

Contudo, não é apenas no âmbito econômico que esta contradição atinge o médico. No campo do direito sentimos na pele a mesma sensação hostil. Antigamente tínhamos em mente apenas os processos éticos e disciplinares sob a égide dos conselhos regionais e do Conselho Federal de Medicina, restando os outros aspectos do direito como possibilidade remota. O erro médico ou a má prática julgado por um tribunal de ética, apesar de rigoroso, não permite que incompreensões acerca do ato médico, muitas vezes complexo, leve a uma condenação injusta ou desproporcional ao dano. O mesmo não ocorre no campo penal e civil, nem diante da imprensa. Nossa vulnerabilidade torna-se ainda maior quando da formação de personalidades jurídicas, pois perdemos alguns atenuantes exclusivos da condição de profissional liberal – as acusações contra ele precisam de prova inequívoca da sua culpa.

A atividade médica, como toda a atividade humana, é passível de erro. Mesmo os mais brilhantes e bem formados médicos são flagrados em erro médico em algum momento de sua vida profissional. Diante dessa realidade, há que se difundir a idéia de *medicina defensiva*. Ou seja, de uma linha de conduta dedicada a eliminar a má prática e reduzir ao máximo a possibilidade de erro médico. Mais uma vez é a prevenção o caminho mais inteligente para eliminar riscos de eventos indesejáveis.

A Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia, preocupada com o assunto, editou recentemente um “Manual de Procedimentos”, no caminho da medicina defensiva, e levanta dez mandamentos para evitar a má-prática:

1. OBSERVAR A TÉCNICA. Esgotar a pesquisa semiológica, com aplicação de todas as rotinas de investigação recomendadas para cada caso, assim compreendidos: exames físicos, de laboratórios, especiais e de imagem, história clínica detalhada, etc. Não dar diagnóstico sem esgotar esta pesquisa. Não agir fora de sua especialidade registrada junto ao CRM, a não ser em emergências. Não dar consulta nem prescrever por telefone. Acompanhar a terapêutica realizada pessoalmente.
2. NÃO INVENTAR. Não inventar ou improvisar procedimentos, a não ser os de urgência, que não sejam reconhecidos pela comunidade médica e científica.
3. ANOTAR TUDO. Cada acusação de má-conduta será detalhadamente analisada pelo Judiciário. O prontuário médico é o principal documento e a principal arma de defesa do médico. Um mero detalhe pode ser de grande valia para a defesa em um processo judicial ou ético.
4. INFORMAR O PACIENTE. O paciente e/ou seus familiares ou responsáveis devem ser minuciosamente informados sobre diagnósticos, condutas e terapêuticas aos quais o primeiro será submetido. Deve ser informado sobre diagnósticos preliminares, diferenciais e ausência de diagnóstico. Deve ser informado sobre riscos do tratamento e condutas adotadas.

5. CONSULTAR COLEGAS. Em caso de dúvidas, dificuldades de diagnóstico ou técnicas, consultar colegas sobre procedimentos. Dar tratamento até os limites de suas condições ou especialidade. Não suspender, modificar ou continuar terapêutica iniciada anteriormente sem consultar e/ou comunicar o médico que a prescreveu.

6. CONSCIENTIZAR E TREINAR EQUIPE. De nada adianta o médico estar consciente e treinado para realizar sua missão, se algum dos seus auxiliares pode colocar tudo a perder. Lembrem-se da solidariedade, pois a má prática de um contamina todos.

7. SIGILO E DISCRIÇÃO. A saúde e a intimidade do paciente devem ser preservadas. Não prestar informações sobre as condições do paciente, a não ser que expressamente autorizadas por ele ou por familiar ou responsável.

8. ATESTADO É DOCUMENTO. Não fornecer atestado de saúde ou congêneres, sob hipótese alguma, sem ter examinado o paciente. Atestado “frio” é um dos maiores motivadores de processos éticos e penais

contra médicos. Não fornecer receitas para pacientes que não examinou.

9. ESCLARECER OS CUSTOS. Os pacientes, familiares ou responsáveis devem ser esclarecidos previamente sobre os custos dos honorários e dos serviços médicos.

10. O MÉDICO É A ESPERANÇA. Ter uma boa relação médico-paciente é a principal e a mais relevante das condutas. Urbanidade, carinho e atenção são tão importantes ao paciente quanto as condutas e terapêuticas aplicadas pelo médico.

Não há dúvida que temos de adotar medidas para garantir e assegurar um exercício profissional que eleve a medicina e que traga tranqüilidade ao médico, tendo sempre como referencial o paciente, a sua segurança e o seu bem-estar. Estarmos conscientes e atualizados quanto à Legislação em vigor e buscar sempre o apoio das entidades de classe, agindo organizadamente para fazermos valer os elevados princípios da prática médica, independentemente do sistema econômico, jurídico e social vigente.

## 8. RELAÇÕES COM A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

### Relações com a Indústria Farmacêutica

CAIO MOREIRA

Reumatologista do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais  
Presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia – biênio 2002-2004

**E**STA REFLEXÃO CRÍTICA expressa exclusivamente a minha ótica, não envolvendo a dos membros da diretoria da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) no biênio 2002-2004, sob minha responsabilidade, tampouco o ponto de vista de seus futuros dirigentes. A publicação destas considerações não foi somente reforçada pelo exercício do cargo da presidência da SBR, mas também pelas observações acumuladas durante 33 anos de exercício da profissão liberal, como funcionário público federal, como membro de *boards* e *speaker* de indústrias farmacêuticas e de outros cargos administrativos exercidos paulatinamente durante a minha vida profissional, tão importantes quanto o exercido neste último biênio.

Em todos os países do mundo se retoma, acaloradamente, a discussão ampla de uma prática ética em todas as

relações humanas, o que já deveria ser uma norma habitual de comportamento, mas que foi atropelada pelo *modus vivendi* da sociedade contemporânea. As observações de Teixeira, em 1997, de que “*é inútil esperar da Ciência qualquer barreira ética aos seus interesses*” e que “*o discurso científico não é regido por nenhuma outra ética senão a do domínio progressivo sobre o real e o avanço ininterrupto do saber. Qualquer princípio ético diverso, que fale do respeito ao ser humano, por exemplo, terá que provir, necessariamente, de fora da ciência: da religião, da filosofia ou dos grupos de pressão da sociedade*”, também reforçam e justificam plenamente a expressão livre de meus pensamentos, uma pressão que vem da Ciência, que poderá ajudar-nos a refletir sobre como estamos nos comportando nessa complexa relação com a indústria farmacêutica, principalmente os colegas que iniciam a profissão médica como “*clínicos das doenças do aparelho locomotor*”, mais

vulneráveis aos efeitos devastadores que uma relação incorreta possa exercer sobre toda a sua vida profissional.

É muito importante manter uma relação cooperativa com as indústrias farmacêuticas, que investem em pesquisas confiáveis, novos e úteis medicamentos e “marqueteiam” seus produtos de forma ética. Sabemos que, atualmente, o sucesso dos novos medicamentos não se deve somente à excelência dos produtos oferecidos, mas também às estratégias de *marketing*, e também nos últimos anos, à demonstração da manutenção de relações institucionais éticas com os médicos, suas associações e sociedades e com os pacientes que com eles são tratados. Existem muitas distorções desta realidade ideal, mas há atualmente uma real motivação para que se desenvolvam relações sadias da indústria farmacêutica com os médicos, uma contingência inexorável da sociedade moderna, que reestuda intensamente novas relações sociais, exigindo uma postura mais clara de todas as instituições em suas relações sociais e negócios.

As discussões a respeito do conflito de interesses entre a classe médica e a indústria farmacêutica têm sido uma preocupação constante das autoridades médicas, principalmente nos últimos 10 a 15 anos, visando a preservar os preceitos éticos que alicerçam a nossa profissão. Nossas inter-relações têm pontos críticos que necessitam de uma urgente revisão, pois a parceria entre a indústria farmacêutica e os médicos é essencial para preservar o progresso da Medicina e melhorar a saúde de nossos cidadãos (Tabela 1). Atualmente, tanto uns quanto outros estão em falta com a sociedade, reconhecendo haver “algo doente” em sua relação, porém, sentem-se incapazes de dar um basta a estas relações inadequadas e de estimular outras mais confortáveis. Penso que deva haver uma mudança (Tabela 2) o quanto antes, pois os pacientes preci-

sam estar seguros de que a decisão de seu médico não está sendo influenciada pelo *marketing* farmacêutico. Muitos médicos, e até mesmo associações profissionais, estão necessitando fazer difíceis escolhas entre continuar na engrenagem promocional da indústria farmacêutica ou manter alguma distância em seu relacionamento, que lhes dê independência em seus atos de pesquisar, ensinar, prescrever e fazer o melhor por seus pacientes. Já não é sem tempo tentarmos, pelo menos, reduzir estas influências em nossas decisões, o que seria melhor para os pacientes.

Há uma tendência em ver a indústria farmacêutica como a vilã e os doutores como vítimas inocentes – mas isto é uma simplificação de relações muito mais complexas. É uma falácia dizer que a indústria farmacêutica corrompe médicos inocentes. Em geral, sem aprofundamento da discussão, o problema se torna uma luta maniqueísta entre “o bem e o mal”, mas o problema passa pelas relações humanas, com indivíduos, em ambos os lados, com diferentes *backgrounds* e valores, que interagem nesta “*luta de interesses*” muitas vezes trocando favores e amizade, rompendo, até sem perceber, as barreiras do que pode ser considerado “*politicamente correto*”.

Para fazer o melhor para seus pacientes, os médicos têm de usar os produtos oferecidos pela indústria farmacêutica e é razoável entender que a indústria tenha de promover seus produtos. A grande discussão não é com o papel da indústria farmacêutica na evolução da medicina, mas sim de como promovem seus produtos. A ninguém, com razoável senso de observação, passam despercebidas as investidas da poderosa força do *marketing* da indústria farmacêutica sobre a classe médica. No aspecto relacionado com o lucro, estas investidas podem até ser legítimas, uma vez que há necessidade de

TABELA 1

FORMAS DE ENVOLVIMENTO DOS MÉDICOS E SUAS ASSOCIAÇÕES COM A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

1. Aceitação do recebimento de visitas dos representantes farmacêuticos
2. Aceitação direta ou indireta de brindes, equipamentos, viagens e hospedagens
3. Comparecimento a almoços, jantares e outras atividades sociais e recreativas patrocinadas
4. Comparecimento a conferências científicas patrocinadas
5. Aceitação de contribuições para escolas médicas, disciplinas acadêmicas ou para reuniões regulares de corpo clínico de hospitais ou clínicas particulares
6. Integrar sociedades profissionais ou sociedades médicas patrocinadas
7. Supervisão de grupos de pacientes ou sociedades de portadores de doenças patrocinados
8. Envolvimento com a elaboração ou uso de *guidelines* clínicos patrocinados
9. Exercer consultoria remunerada
10. Participar de *boards* (conselhos) de líderes de opinião ou de equipes de *speakers* (palestrantes) patrocinados
11. Ser redator principal, autor ou co-autor de artigos científicos realizados com o seu patrocínio
12. Participar na redação de matérias para revistas, suplementos ou outras publicações, como fascículos de educação continuada, CDs, patrocinados



que a indústria recupere fabulosos investimentos gastos na pesquisa e na promoção de seus produtos, não só na forma de propaganda direta, como na promoção de eventos, conferências e cursos de educação continuada, que possibilitem discutir o que estão lançando no mercado.

Como vemos, há uma forte justificativa que é legal e ética – em se tratando de regime capitalista – que haja retorno do dinheiro aplicado. Da mesma forma, sabemos que nós, médicos, precisamos conhecer, e bem, tudo a respeito dos novos medicamentos. Por isso, é aceitável, quando não necessário, a existência da propaganda, eventos, conferências e cursos de educação continuada. A indústria farmacêutica precisa divulgar seus produtos, e nós precisamos conhecê-los. O patrocínio ético destes eventos sempre ocorreu e ocorre hoje, em todos os países, e deveria ser sempre bem-vindo pelas sociedades médicas, pois aprimoram tecnicamente os seus membros. Tais eventos, porém, costumam apresentar problemas em sua realização. A indústria farmacêutica gasta fortunas no desenvolvimento de novos medicamentos. Chega a investir centenas de milhões de dólares na tentativa de encontrar os chamados *blockbusters*, remédios que se tornam amplamente conhecidos e vendem acima de um bilhão de dólares ao ano. Estas raridades, que proporcionam um expressivo e rápido retorno do investimento, podem ser exemplificadas por um dos atuais medicamentos para disfunção erétil, que chegou a vender, só em 2001, o equivalente a 1,3 bilhão de dólares no mundo e 58 milhões de dólares no Brasil. Muitas indústrias farmacêuticas dos Estados Unidos investem hoje mais em pes-

quisa que o próprio National Institutes of Health (NIH), sendo praticamente impensável o desenvolvimento de novos medicamentos sem a participação da indústria farmacêutica privada. Realmente, o que seria da Saúde sem os modernos antibióticos, anti-hipertensivos, imunossuppressores, antidepressivos, anestésicos, analgésicos, antiinflamatórios, hipolipemiantes e dezenas de outros medicamentos desenvolvidos por essas empresas?

É evidente que a forma de se recuperar esse investimento passa, necessariamente, pelo receituário médico. Só para se ter uma idéia de quão vultosa é a soma aplicada em *marketing*, só em 1999 os fabricantes de medicamentos gastaram 8 bilhões de dólares na promoção de seus produtos (*Annals of Internal Medicine*, 5/3/2002). Isto é danoso para a classe médica, pois existem estudos demonstrando que, para influenciar o médico, eles criam vínculos de dependência que acabam criando distorções nas obrigações primárias dos médicos com seus pacientes, não só de como tratá-los, mas também noutras atividades, como as de ensinar e pesquisar.

A relação médico-indústria farmacêutica deveria ser uma via de mão-dupla, um binômio inseparável. Atualmente observamos que uma das pistas comporta mais tráfego que a outra e, como acontece nestes casos, por imperícia de alguns motoristas, ocorrem comumente invasões da pista contrária, mesmo com a faixa amarela dupla, o que, freqüentemente, gera acidentes graves e fatais. Não podemos ver a forte indústria farmacêutica como uma inimiga do médico e, sim, como uma valiosa parceira, desde que seu relacionamento seja pautado por compromissos éticos e bilaterais.

TABELA 2

MEDIDAS PARA EVITARMOS A INFLUÊNCIA EXCESSIVA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA EM NOSSAS DECISÕES

1. Proibição, restrição ou análise crítica cuidadosa do que for propagandeado nas visitas dos representantes farmacêuticos
2. Proibição, restrição ou análise crítica cuidadosa do que for apresentado e debatido em eventos educacionais patrocinados
3. Proibição da participação de indivíduos ou organizações com conflito de interesses com a indústria farmacêutica na elaboração de programas de educação continuada societários
4. Trabalhar para construir independentes fontes de informação e projetos de educação médica continuada, sem relação com patrocínios coercitivos
5. Participar de campanhas contra o aceite de presentes, viagens e hospedagens
6. Participar de campanhas contra o recebimento de honorários para falar em conferências educacionais institucionais
7. Convencer as associações profissionais a reduzirem os pedidos de patrocínio
8. Proibição da condução de pesquisas em associações profissionais por pesquisadores com conflito de interesses com os patrocinadores
9. Condicionar os anúncios comerciais em revistas médicas e suplementos à prévia aprovação pelo comitê de ética de cada instituição
10. Construir fundos institucionais independentes (*blind trusts*) com controle independente dos gastos
11. Introdução em *guidelines* importantes de norma que dispõe que pesquisadores com conflito de interesses não podem conduzi-los e nem participarem de sua confecção
12. Constituir novos núcleos de pesquisa clínica para conduzir pesquisas dirigidas para o interesse público
13. Solicitar aos membros de comitês regulatórios e consultorias institucionais que evitem conflitos de interesse com a indústria farmacêutica

Entendo que parte da explicação para a quebra de regras éticas de *marketing* tenha a ver com a situação econômica atual, na qual os laboratórios farmacêuticos vêm se degladiando em um mercado que só fez encolher nos últimos anos. Segundo dados da Febrapharma, da ABCFarma e da Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos, a comercialização de medicamentos no País recuou 16,7% entre 1997 e 2004. A curva de venda de medicamentos no Brasil (em unidades de faturamento) nos últimos sete anos é decrescente. Em unidades caiu de 1,85 bilhões em 1997 para 1,54 bilhão neste ano, e a indústria reclama que opera em capacidade ociosa de 30% a 40%. Não bastasse a retração nas vendas, provocada pelo alto custo dos medicamentos e pela gravidade do contexto econômico (a queda do poder aquisitivo chegou a 12% em 2003 – IBGE), onde 19% das famílias consomem 39% do total de medicamentos, a popularização dos genéricos dividiu ainda mais o “bolo”, a partir de 2000, chegando a serem vendidos 40% a 70% abaixo das marcas de referência. Mas o acesso a esses medicamentos ainda está restrito às classes A e B. A compra destes remédios só pode ser feita por quem recebe até três salários mínimos (720 reais). A população com rendimento de até 400 reais tem dificuldade para sobreviver. Para estas famílias não adianta muito o preço do remédio baixar, pois elas têm de “fazer ginástica” para pagar gastos básicos como moradia, transporte e alimentação. Calcula-se que os remédios “sem marca” tiraram, de julho de 2002 a julho de 2003, cerca de 15% da receita dos grandes laboratórios que operam no país, correspondendo hoje a cerca de 9% do mercado total de medicamentos, se levado em conta o número de unidades vendidas. Diante desta realidade econômica, fica claro o que está tornando a indústria farmacêutica muito mais agressiva em suas táticas de divulgação e promoção de produtos, alguns voltando a práticas inadequadas e já superadas.

Devemos sempre ter em mente que os médicos devem ter suas fontes independentes de informação e formação, não devendo chegar ao ponto de ter de se “aprimorar” exclusivamente em “encontros educacionais” acompanhados de subsídios e de outras benesses. Nossos veículos de comunicação e educação societários deveriam ser independentes e exercer este papel. Tem de haver relações dos médicos com a indústria farmacêutica, sempre, mas com a premissa de se respeitar a independência do médico e de suas associações, de que sua influência não seja capaz de distorcer sua conduta diante dos cuidados dispensados aos seus pacientes. Felizmente, o grau de influência da indústria farmacêutica sobre os médicos depende muito das diferenças individuais de formação e objetivos de cada um deles, pois são diferentes, sendo somente danosa para certos indivíduos, “alvos especiais” destas investidas. Tudo se passa mais ou menos como numa

reação auto-imune, onde um anticorpo encontra o seu receptor específico, sempre um mecanismo de chave e fechadura, do côncavo e do convexo.

As relações com a indústria – imprescindíveis para todos nós – devem ser construídas sobre fortes alicerces, em que os amálgamas essenciais devem ser a ética e a honestidade de propósitos e estes princípios devem nortear essas relações, porque o nosso compromisso – único e exclusivo – é com a saúde de nossos pacientes. A indústria farmacêutica faz parte de um pequeno rol de setores que – por motivos óbvios – não pode falar com os consumidores de seus produtos. Por isto, seu acesso premente é o médico, e eles tentam seduzi-lo de todas as formas imagináveis, nem sempre aprovadas por todos nós. Muitos colegas, entretanto, facilmente se convencem de que são imunes à sedução da indústria farmacêutica; outros, acham que algumas regras podem ser quebradas “de vez em quando”, as “refeições grátis” devem continuar a existir, e que estas pequenas transgressões não influenciarão sua conduta com o paciente, mas, infelizmente, isto só acontece na sua imaginação, pois a influência será inevitável.

Os desvios e a obnubilação da consciência ética – pedra angular da nossa profissão – pode se dar pela introdução de *bias* nas teses e conclusões induzidas, de várias maneiras. *Bias* é uma palavra inglesa, cuja tradução literal é inclinação, tendência ou, ainda, influenciar de modo desfavorável. Poderíamos resumir dizendo que *bias*, ou viés, em português, no caso em questão, pode ser uma forma de convencimento lógico, até subjetivo, usando premissas, fatos e estatísticas que podem ser tendenciosas, documentadas com convincentes apresentações audiovisuais e dados estatísticos que, analisados detalhadamente, podem, muitas vezes, mostrar claramente interpretações tendenciosas e falsas conclusões.

Influenciar na decisão de qual medicamento devemos receitar é uma necessidade vital do fabricante de remédios e isto pode ser conseguido através da aparente ajuda ao exercício profissional, demonstrada na prática por meio de várias estratégias do *marketing*, tais como: visita de propagandistas gentis, de relacionamento com funcionários de relações públicas da indústria muito experientes, fornecimento de amostras grátis de medicamentos, separatas mostrando os estudos realizados com os produtos, publicados em revistas de grande importância ou apresentados em congressos e simpósios, presentes como canetas, blocos de receita e outros impressos, oferecimento de jantares, viagens, espetáculos ou, ainda, por uma via muito mais perigosa, de “atualização” através de simpósios, conferências e cursos de educação continuada. Todas estas práticas podem afetar a capacidade de julgamento do médico, particularmente a “atualização”, quando geralmente médicos conhecidos e

confiáveis, “formadores de opinião”, atados aos seus compromissos com os patrocinadores, quase sempre inferidos pela platéia, mas não declarados pelo palestrante, conseguem, de forma consciente ou não, direcionar o julgamento dos colegas, notadamente dos mais jovens. Milhares de dólares são gastos anualmente pela indústria farmacêutica em amenidades, panfletos, apresentações audiovisuais espetaculares, entretenimento, refeições gratuitas, viagens, hospedagens de luxo, preparação de *speakers*, manutenção de relações públicas, para a promoção de seus produtos. Muitas delas chegam a investir mais no *marketing* dos produtos que em pesquisas científicas, em flagrante detrimento do desenvolvimento da Saúde. A oferta de refeições e hospedagem por ocasião de simpósios educacionais, patrocinados pela indústria farmacêutica, são comumente aceitos, a despeito de sua sabida influência no aumento das prescrições dos medicamentos da indústria que promoveu o simpósio. Afinal, refeições, agradios e atitudes amistosas são poderosos meios de persuasão, particularmente quando estão juntos.

Já existem movimentos, em vários países, para dar um fim aos *free lunches* (*free lunch learning is better than lunch free learning*) e à influência de patrocínios não institucionais da indústria farmacêutica nos programas educacionais das universidades. A American Medical Student Association, representando 30.000 estudantes internistas e médicos residentes dos Estados Unidos, está com uma campanha – denominada PharmFree (<http://www.nofreelunch.org/>) – clamando pelo fim de amenidades financiadas pela indústria farmacêutica, como refeições grátis, interferências da educação médica, participação de *speakers* remunerados em reuniões médicas, hospedagens, presentes, etc. Eles tentam diminuir o viés estabelecido na informação médica e em sua formação acadêmica, baseando-se em dados comprovados de que o aproveitamento do estudante em um programa educacional é independente do investimento feito pelo patrocinador em amenidades e benesses. Quanto menor fosse o investimento nestes itens, mais se poderia investir no processo educacional propriamente dito, e a maioria de nós, interessados, clamamos pelo investimento apenas institucional das empresas privadas no ensino médico.

A campanha PharmFree sugere acrescentarmos ao antigo juramento de Hipócrates – chamando-o agora de “modelo de juramento para o médico moderno” as seguintes frases: “*Eu tomarei decisões médicas (...) livre da influência da propaganda ou promoções. Eu não aceitarei dinheiro, presentes ou hospitalidade que possam criar conflito de interesses em minha educação, prática, ensino ou pesquisa*”.

Quando andamos pelas salas de congressos médicos deparamo-nos, inevitavelmente, com a propaganda médica e sua parafernália, que necessariamente não corrompe sempre

princípios éticos, pois são negócios travados legalmente pelas sociedades e a indústria farmacêutica. Sendo você ético, não deveria fazer o que muitos fazem, andar nestas salas tapando seu nariz, fechando os seus ouvidos e fechando os seus olhos. Mas, hipocritamente, sabendo que o dinheiro da indústria já está em seu bolso, através do subsídio de sua remuneração pela conferência ou de sua inscrição subsidiada no evento. Você “*não precisa tapar o nariz*”, ou embotar outros de seus sentidos, recebendo patrocínio ético da indústria farmacêutica: declare-os, publicamente e sempre, para todos os colegas, em todas as ocasiões necessárias, pois afinal você executou um trabalho, ético, que deve ser remunerado. As indústrias deveriam realizar estudos sobre o rompimento dessas barreiras éticas, e os médicos deveriam fazer um *mea culpa* e refletirem sobre a distorsão de seus atos, após receberem silenciosamente estas benesses que, inclusive, são parte da explicação do encarecimento expressivo dos medicamentos para os pacientes.

Até mesmo o contato dos médicos, e particularmente dos acadêmicos, com os chamados “*Representantes de Laboratório*”, relacionamento freqüente, tradicional e considerado até inocuo, porque sempre achamos que “eu já deveria ter uma opinião formada sobre este produto e o que eles disserem não os influenciará”, pode não ser bem inocente assim. Já foi demonstrado que os médicos que mantêm freqüente contato com estes “propagandistas” (quase sempre sedutores, afáveis, submissos, cooperativos, facilitadores) são mais inclinados a prescrever os medicamentos que lhes estão sendo apregoados. Virtualmente todos os medicamentos desenvolvidos pela indústria farmacêutica que “mudaram a cara” da medicina nos últimos 60 anos precisaram e precisam ser “marqueteados”, mas os médicos e acadêmicos, ainda aspirantes a médicos, não necessitam de banquetes, hospedagens em hotéis de luxo, e serem educados pela indústria farmacêutica para conhecerem a aplicabilidade de um novo medicamento. Isto deveria ser obrigação das escolas médicas, da Associação Médica Brasileira e das sociedades médicas de especialidades, oferecendo-lhes a oportunidade de desenvolverem a sua própria ótica, isenta destas influências. Outras formas éticas de *marketing* farmacêutico deveriam ser pesquisadas e postas em prática.

Eu e outros associados da Sociedade Brasileira de Reumatologia e de outras especialidades, muitos chefes de serviços de medicina do Brasil, dos Estados Unidos, Canadá, Austrália e muito outros países, acreditamos que os limites entre educação e promoção de produtos farmacêuticos estão ficando indistintos. Por isto, sugerimos a promoção de todos os esforços no sentido de se desenvolver os *programas de educação continuada* pelas associações de especialidade, por médicos sem conflitos de interesses com a indústria farma-

cêutica. A educação médica, comercialmente financiada pela indústria de modo não institucional, pode constituir viés, e há necessidade de caminharmos para a imparcialidade desses conteúdos, isolando-os dos interesses empresariais. Estes vieses da educação médica continuada são de interesse dos patrocinadores, dando a oportunidade de que *speakers* ou “formadores de opinião” subsidiados por eles, falem sobre seus medicamentos, particularmente quando os programas levam o nome do patrocinador, o que é quase sempre percebido pelos participantes. O conteúdo introduzido por *speakers* remunerados pela indústria, geralmente selecionados entre os “formadores de opinião”, na cabeça de quem ainda não possui uma consciência crítica ou que seja imbuído de princípios éticos fracos, pode ter um efeito final danoso sobre a saúde de seus pacientes.

Outro fato que é inaceitável – e isso vem se tornando regra nos últimos tempos – é a “pressão” exercida por algumas indústrias farmacêuticas durante as negociações de sua participação em *congressos* e *jornadas médicas*, como a escolha antecipada dos temas e até mesmo dos conferencistas de seus simpósios, sem consultar previamente os presidentes das sociedades, dos congressos e jornadas sobre seus interesses científicos regionais naquele determinado evento. No final acabam prevalecendo, quase sempre, os interesses da indústria, muitas vezes diversos daqueles dos organizadores dos eventos. Estamos nos sentindo reféns diante do avassalador poder de nossos patrocinadores. Aliás, a sensação de impotência e perplexidade tomam conta da classe médica brasileira, por inúmeros outros motivos já conhecidos de todos os nossos colegas.

A agressividade do “*marketing*” de alguns representantes da indústria farmacêutica, há algum tempo, incomoda a nossa consciência e os nossos princípios éticos, chegando a atropelar tradicionais acordos não escritos e regras tácitas que, se não violadas, permitem uma relação harmoniosa entre médicos e a indústria farmacêutica. Algumas técnicas de *marketing* empregadas pela indústria farmacêutica parecem atender e responder às necessidades de produtos e consumidores comuns, de qualquer produto. Acharmos que as técnicas que a indústria farmacêutica deveria empregar nas relações com os médicos não deveriam ser as corriqueiramente ensinadas nos cursos de MBA, não dirigidos especialmente ao seu negócio, e sim às atividades comerciais comuns. Os diretores de *marketing* da indústria farmacêutica deveriam adaptar o que aprenderam em seus cursos de gestão empresarial ao delicado trabalho de “vender remédios”, com técnicas mais sutis e apropriadas para lidar com o médico.

As revistas médicas são também muito úteis à indústria farmacêutica, tanto para publicar seus *trials*, quanto para divulgar propaganda de seus produtos. Sabemos que três quar-

tos dos *trials* randomizados publicados pelas revistas médicas são patrocinados pela indústria. O impacto econômico de um medicamento novo poderá ser muito maior se sua apresentação inicial for publicada em uma revista de grande impacto, particularmente se for publicada como editorial. Por sua vez, a publicação destes estudos, muitas vezes importantes, *megatrials* que despertam muita curiosidade e discussão, influi de modo positivo na aceitação deles pelos periódicos, tendo sido demonstrado que médicos de todo o mundo têm tendência a preferir estes periódicos a outros. Tais *trials* criam muita publicidade e jornais e revistas gostam de publicidade. Esses estudos são submetidos a critérios complexos para a sua publicação em revistas científicas e, por isto, a maioria das mais importantes revistas médicas deveria possuir mecanismos controladores de eventuais distorções, como, por exemplo, tendo um corpo editorial especial e amadurecido, sem conflito de interesses com a indústria farmacêutica (o que torna hoje muito raro este especial juiz), e regras pré-estabelecidas para a rejeição de estudos com viés, evitando aqueles trabalhos científicos em que os autores não têm o direito de publicação, cabendo ao patrocinador do *trial* decidir como, quando e onde publicá-lo, trabalhos onde os autores não declaram seus conflitos de interesses, etc. Muitos dos mais importantes periódicos médicos internacionais na atualidade deixam a desejar neste quesito idealmente discutido.

Para se ter uma idéia de como a classe médica se comporta com relação aos periódicos, os editores do *British Medical Journal* revelaram, recentemente, por meio de uma enquete entre seus assinantes, que, se tivessem de escolher entre uma revista médica paga e sem propaganda e outra gratuita com propaganda, esta segunda opção seria a escolhida. Este dado talvez sinalize a atual carência de recursos do médico nos novos tempos, além do quanto ele não está preocupado com sua necessidade de receber uma informação independente.

Outra revelação interessante é o resultado da análise de 268 *trials* de medicamentos publicados em revistas de alto impacto, como *Annals of Internal Medicine*, *British Medical Journal*, *JAMA*, *Lancet* e *New England Journal of Medicine* de abril de 1999 a março de 2002. A origem do financiamento foi declarada em 89% dos estudos, e a natureza do envolvimento dos autores com a entidade financiadora foi declarada em 69 de 100 estudos financiados pela indústria farmacêutica (emprego 43%, consultor/honorário 32%, *grant* 26%, *speaker* 10%). Os 30 trabalhos que tinham co-autores patrocinados pela indústria representaram 30% dos trabalhos publicados financiados pela indústria e 11% de todos os estudos controlados randomizados desta amostra. Conforme se observa, até mesmo grandes periódicos publicam *trials* sobre me-

dicamentos sem citar a *declaração de conflito de interesses de seus autores*, e necessitam de insumos da indústria farmacêutica para se manterem ativos.

Além disto, a indústria patrocina a impressão de grande número de *separatas* da publicação de artigos de seu interesse, além de *suplementos* especiais, tão mais importantes para a indústria farmacêutica quanto mais importantes forem as revistas que irão publicá-los. Sabemos que as matérias publicadas em tais suplementos são de pior qualidade e mais tendenciosas que as editadas comumente nas revistas e, na realidade, têm a finalidade de funcionar como “alavancas” na promoção dos medicamentos, particularmente dos *blockbusters*, que comportam os já citados expressivos investimentos.

Outro artifício para a divulgação de medicamentos, que deve ser visto com muito juízo crítico, são os *jornais e revistas, criados e distribuídos gratuitamente para os médicos, patrocinadas exclusivamente pela indústria farmacêutica* para a divulgação principalmente de novos produtos, sobretudo na época de seu lançamento no mercado. Mesmo havendo a citação de que a publicação é financiada por “*grant* educacional irrestrito”, além de matérias introdutórias muito atrativas e bem escritas por grandes especialistas, elas sempre mostram também os resultados de *trials* de seus medicamentos, seu verdadeiro interesse, e daí o perigo do estabelecimento do viés.

Através destes mecanismos, a indústria farmacêutica parece hoje ser uma das principais causas de viés na informação médica, fato comprovado na análise de documentos sob a metodologia atualíssima da medicina baseada em evidências. Quase sempre, a regra é o viés de informações, o que deveríamos sempre evitar, para o nosso aperfeiçoamento. Mesmo nós, os críticos, não sabemos exatamente como seriam novas regras de trabalho participativo bilateral a serem postas em prática para que os patrocinadores pudessem reduzir a introdução de vieses, apesar de estarem patrocinando uma atividade de atualização para o médico.

Não vamos alongar o estudo com a abordagem detalhada da publicidade camuflada a respeito de medicamentos e procedimentos médicos em revistas leigas, programas de rádio e televisão, mas não poderíamos deixar de citá-las. São orientadas por profissionais de relações públicas e médicos contratados especialmente pela indústria farmacêutica, para a divulgação, p. ex., de novos medicamentos e novas modalidades de tratamentos com aparelhos. Hoje é comum vermos os semanários, jornais e programas radiofônicos e televisivos sobre “saúde” e até noticiários de grande audiência anteciparem sutilmente, até em meses, com *press-releases* criados por *experts* e matérias dirigidas, habilmente disfarçadas, apresentadas por personalidades encantadoras, que exercem fascínio universal, como esportistas, por exemplo, o futuro surgimento, de “uma nova e espetacular descoberta da me-

dicina”. Uma verdadeira criação de uma nova e futura necessidade, o que é prática comum numa sociedade capitalista estressada e consumista como a nossa. Se a indústria farmacêutica consegue influenciar o comportamento dos médicos, e até mesmo dos governos federais<sup>(16)</sup>, não há razão para esperarmos algo diferente com os publicitários, jornalistas e esportistas. Para estes, que negociam com a indústria farmacêutica, os medicamentos são mercadorias idênticas aos refrigerantes, peças de vestuário, automóveis, etc., que devem ser “marqueteados” para vender o máximo possível.

A indústria farmacêutica tem dado grande ênfase, e solicita de modo hábil, nossa co-participação para uma nova maneira de promover seus produtos: financiamento direto, indireto, e até oculto, a grupos de ajuda a pacientes, que são de grande utilidade para as entidades médicas, mas muito maior para a promoção dos produtos dos patrocinadores (Tabela 3). Seria aconselhável que estas organizações tivessem seus programas educacionais orientados pelas sociedades médicas, preservando a ética com o paciente, não dispensando o patrocínio da indústria farmacêutica, mas na forma de um consórcio de fundos múltiplos, com apoio somente institucional, supervisionado pelos médicos e pelos pacientes que orientariam estas associações de modo independente. Não podemos ver com bons olhos a criação, cada vez mais frequente, de grupos de pacientes especiais, portadores de doenças tratadas com medicamentos ou tecnologias de alto custo, amparados quase exclusivamente por fundos da indústria farmacêutica. Os grupos são, geralmente, avalizados por especialistas, muitos realmente interessados em ajudá-los, outros também em ganhos pecuniários e de *status*, alardeando determinados procedimentos ou “tratamentos de última geração”, acabando por reivindicar ajuda especial dos poderes públicos para sua difusão, o que amplia ainda mais a extensão do uso destes medicamentos e práticas terapêuticas, mas que no fundo não são tão “beneficentes” assim, estando na realidade prestando maior serviço à indústria farmacêutica que aos pacientes. Estes grupos de pacientes “reivindicantes”, não incomumente, surgem por ocasião do aparecimento de um “novo medicamento”, julgado eficaz, mas ainda sem o teste implacável do tempo de uso (qual será o seu real lugar “dez anos depois?”), como uma reivindicação moderna, que parece colocar o paciente e o médico num patamar considerado “atualizado” diante de seus pares. Sabemos que nem nós, médicos, temos certeza de que devamos utilizar estes novos medicamentos na escala que os estamos utilizando, nem de que estamos realmente alcançando este patamar de tanta “atualização terapêutica”, como o divulgado pela mídia.

A interferência da indústria farmacêutica também passa, inevitavelmente, pela *pesquisa médica*. Felizmente, ao menos

em grandes centros universitários e hospitais públicos, é controlada pelos comitês de ética em pesquisa, que obedecem, atualmente, normas governamentais rígidas (CONEP), que só vêm proteger o maior interessado nestas relações, o paciente. Temos hoje, também, proteções da qualidade do trabalho e do produto final apresentado pelos pesquisadores criadas pelas normas e procedimentos em pesquisa clínica, de normas do US Department and Human Services, Food and Drug Administration nos Estados Unidos, da Agência Européia para avaliação de Produtos Médicos e até mesmo de normas criadas em conferências internacionais, como a International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use, projeto desenvolvido por autoridades dos Estados Unidos, Japão e Europa. Infelizmente, sabemos que as “boas práticas de pesquisa clínica” nem sempre são respeitadas, muitas vezes até burladas, em prejuízo novamente de quem? Com certeza da transparência das relações do médico com a indústria farmacêutica e da segurança dos pacientes.

Sabemos que os estudos financiados pela indústria farmacêutica são capazes de produzir quatro vezes mais resultados de eficácia e em relatos menores de toxicidade para os produtos de interesse do patrocinador, que estudos produzidos por outras fontes sobre os mesmos produtos. Ocorre, portanto, um viés sistemático e explicações podem vir, desde a seleção inadequada das amostras, comparações inadequadas (exclusivamente com placebos, não comparar com produtos classicamente usados como *standards*, com doses

não comparáveis do medicamento, por exemplo). Este viés sistemático de resultados não significa que as pesquisas científicas conduzidas pela indústria farmacêutica sejam de má qualidade, geralmente até são de qualidade muito superior à média, mas que a questão a ser respondida reflete muito mais o interesse do patrocinador, podendo até, muitas vezes, superestimar o objetivo principal para lhe beneficiar, e minimizar, propositalmente, outros achados secundários, como efeitos colaterais, que não sejam de seu interesse. A publicação seletiva dos dados obtidos em ensaios terapêuticos é a maior causa de viés para estimativas baseadas em trabalhos publicados. Por isto, sugere-se hoje que todas as proposições às entidades científicas de *trials* financiados pela indústria farmacêutica sejam registrados oficialmente e que as entidades controladoras exijam que sejam publicados todos os achados dos estudos, mesmo os desfavoráveis, e não somente aqueles que interessam ao patrocinador da pesquisa.

A maioria dos grandes *trials* são conduzidos por médicos, em ambiente acadêmico, contratados pela indústria para conduzir o trabalho científico. Cerca de um quarto dos pesquisadores universitários recebe fundos da indústria e um terço deles tem financiamentos pessoais dos patrocinadores. Esses estudos terapêuticos podem ser conduzidos, muitas vezes, em meio não acadêmico, o que não os desmerece, mas que torna mais fluido o controle da sua condução. Isto deverá ser minimizado, pelo aparecimento recente de cursos de extensão universitária para treinamento de pesquisadores de

---

TABELA 3  
RELAÇÕES DOS “GRUPOS DE PACIENTES” COM A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

A. O grupo de pacientes necessita de ajuda para:

- obtenção de informações a respeito de diagnóstico e tratamento;
- produção de materiais de informação para leigos
- conseguir recursos para ajudar enfermos carentes
- Angariar colaboradores interessados em tarefas específicas
- Aquisição de *know-how* em negócios – organização estrutural e econômica, publicidade e crescimento
- Adquirir capital para financiamento de atividades

B. Uma indústria farmacêutica gostaria de auxiliar os grupos de pacientes para:

- Sua própria expansão de mercado
  - Uso de seus medicamentos por todos os pacientes que possam obter benefício
  - Obter um diagnóstico mais rápido e eficiente para o mais precoce de seus medicamentos
  - Usar primariamente seus produtos – em lugar de outros produzidos pelos competidores de mercado
  - Trabalhar contra medidas restritivas governamentais ou regulação e policiamento dos serviços de saúde, para facilitação da comercialização de seus produtos em entidades governamentais
  - Sendo vistos como promotores de campanhas responsáveis de ajuda social, possam desfrutar de mais prestígio e aumentar seus benefícios potenciais por este tipo de ação
-

fármacos, o que é um grande avanço, e espero que seja sempre uma exigência imediata da indústria farmacêutica: ter na condução de seus estudos, principalmente em ambientes não acadêmicos, profissionais treinados em tais cursos.

É necessária a profissionalização dos serviços universitários envolvidos em pesquisas farmacêuticas, uma associação universidade-indústria, que pode ser muito benéfica para ambos os parceiros, desde que cumpridos estreitos preceitos éticos. Como normas de “boa prática clínica em pesquisa” os patrocinadores não deveriam escolher investigadores para conduzir ensaios clínicos que tenham interesses pessoais nos compostos ou em qualquer outro aspecto do que esteja sendo pesquisado. A transparência do pesquisador que conduz um *trial* de medicamentos tem de ser total. Deveria ser mostrada, por exemplo, a ausência de seu conflito de interesses com a indústria patrocinadora, não devendo ele, por exemplo, ser funcionário, *speaker* remunerado ou participar de *board* do patrocinador e, muito menos, ser membro do conselho de ética da entidade que analisa o projeto de pesquisa. A ausência desta clareza pode desqualificar a credibilidade dos resultados de um estudo conduzido por um determinado pesquisador

Outra solução ética seria, talvez, que os serviços de pesquisa clínica de instituições públicas ou privadas constituíssem um fundo global destinado à pesquisa, englobando todos os recursos obtidos dos diferentes laboratórios (*blind trust*), e o emprego independente destes inestimáveis recursos. Isto, com certeza, reduziria o viés dessas distorções de resultados.

Quem pensa que este alerta é feito só por alguns militantes da medicina brasileira está equivocado. Esta é, atualmente, uma preocupação constante de autoridades médicas em todo o mundo. Até nos Estados Unidos, meca do capitalismo, a insatisfação veio à tona. Num depoimento publicado na revista *Chest*, de 4/4/2001, o Dr. Basil Varkey, professor de clínica médica do Medical College de Wisconsin, no artigo “Time for Introspection” faz uma reflexão e pergunta: os crachás com a logomarca do patrocinador que penduramos no pescoço e carregamos no peito, as pastas, canetas, as inscrições, e até camisetas, com o nome dos medicamentos, não nos estariam transformando em cartazes ambulantes da indústria farmacêutica?

O ilustre professor americano afirma estar consternado e desapontado com tal situação e nós, como ele, julgamos que se impõe, na atual conjuntura, uma reflexão sobre nossos valores e objetivos, além de fazermos uma indagação sobre que percepção têm nossos pacientes da inusitada atitude que alguns de seus escúlipos tenham se transformado praticamente em divulgadores constantes de idéias das companhias farmacêuticas.

Apesar de o nosso protesto e o do prof. Varkey e outros serem recentes, esta preocupação já é antiga nos Estados Unidos, e foi o que motivou o Food and Drugs Administration (FDA) e outros órgãos, como o “Accreditation Council for Continuing Medical Education” (*JAMA*, vol. 85-184/2001), a elaborarem normas para disciplinar as relações entre as organizações médicas e a indústria farmacêutica. Uma das cláusulas principais é a que dispõe que os professores responsáveis pela confecção dos programas de educação médica devem manter sua total independência da indústria farmacêutica. Apesar de acreditarmos ser esta uma condição ideal, nem mesmo lá estas normas são respeitadas, como podemos verificar em congressos em outros países ou ao examinarmos cuidadosamente projetos de educação continuada de revistas médicas e via internet.

Esta preocupação também já existe no Brasil, motivando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a publicar a *Resolução n.º 102, de 30/11/2001*, regulamentando as propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas, cujo objeto seja de divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos de produção nacional ou importada, quaisquer que sejam as formas e meios de sua veiculação, incluindo as transmitidas no decorrer da programação normal de emissoras de rádio e televisão.

A resolução normatiza várias práticas afeitas ao dia-a-dia dos médicos e, quando for divulgada, discutida e seguida à risca, trará disciplina em várias práticas da relação indústria farmacêutica-classe médica, hoje nem sempre observadas. Como exemplos, analisaremos apenas alguns artigos, relevantes a esta discussão:

Artigo 5.º Determina que, na mídia denominada “internet”, é vedada a veiculação de propaganda, publicidade e promoção de medicamentos de venda sob prescrição, exceto quando o acesso é exclusivo para profissionais habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos. *Isto, atualmente, é desrespeitado, tendo em vista que vários sites médicos não possuem privacidade de conteúdo, podendo ser acessados livremente por leigos e não fazem propagandas da indústria farmacêutica, exclusivamente institucionais, sendo muitas vezes patrocinados exclusivamente por um determinado produto da indústria farmacêutica.*

Artigo 7.º No programa de fidelização dirigido ao consumidor não é permitido o estímulo à venda ou prescrição e/ou dispensação de medicamentos, *o que também atualmente não está sendo respeitado por alguns laboratórios. Através de “programas de fidelização”, através de telefonemas gratuitos 0800, disfarçados em programas de ajuda aos leigos, não só enviam amostras gratuitas de medicamentos*

*para tratamento inicial, como também interferem no ato médico, prometendo dar apoio psicológico ao paciente, informações sobre efeitos adversos de medicamentos e fazendo lembretes sobre a necessidade de exames clínicos e laboratoriais de controle.*

Artigo 19. É proibido aos propagandistas de produtos farmacêuticos outorgar, oferecer ou prometer prêmios, vantagens pecuniárias ou em espécie, aos profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos, e estes profissionais de saúde também não podem solicitar ou aceitar os incentivos citados, se estes estiverem vinculados à prescrição, dispensação ou venda de medicamentos. *Entendemos que cabe à Sociedade Brasileira de Reumatologia uma negociação direta com os dirigentes da indústria farmacêutica, para a obediência a este artigo, quanto à concessão de prêmios materiais concedidos por algumas indústrias a médicos diante do seu volume de prescrições de determinados produtos, quase sempre ocultados, pelos patrocinadores e também pelos colegas beneficiados.*

Artigo 20. O patrocínio, por um laboratório fabricante ou distribuidor de medicamentos, de quaisquer eventos públicos ou privados, simpósios, congressos, reuniões, conferências e assemelhados seja ele parcial ou total, *deve constar em todos os documentos de divulgação resultantes e consequentes do respectivo evento.*

§ 1.º Qualquer apoio aos profissionais de saúde, para participar de encontros, nacionais ou internacionais, não deve estar condicionado à promoção de algum tipo de medicamento ou instituição, e deve constar claramente nos documentos referidos no *caput* deste artigo.

§ 2.º Qualquer palestrante, patrocinado pela indústria farmacêutica ou tecnológica, deverá, em sua apresentação, declarar o nome de seu patrocinador como também isto deve ser divulgado no material impresso do evento. *Cabe às associações médicas, na organização de seus eventos oficiais, a divulgação ampla e clara de seus patrocinadores, de seus palestrantes envolvidos com o patrocínio oficial de determinada indústria farmacêutica, como também do conflito de interesses de todos os seus palestrantes e organizadores. Claro que, também, todos os esforços deverão ser feitos pela indústria farmacêutica para divulgar oficialmente seu nome no patrocínio dos eventos, de seus patrocinados, reservando a promoção de seus produtos, com seus nomes comerciais, somente durante a realização dos simpósios que estejam patrocinando e dentro dos stands de divulgação de produtos farmacêuticos, como é rotineiro durante a realização de eventos.*

Entendemos que, se ao menos estes artigos forem fielmente cumpridos, num esforço comum entre as associações médicas e a indústria farmacêutica, daremos um enorme salto de qualidade na transparência de nossas relações. Precisamos preservar nossa independência e a soberania de nossa consciência. A responsabilidade do estabelecimento dos programas de cada evento da associação deve ser da diretoria, de preferência, com independência da indústria farmacêutica. Esta deveria entender a necessidade ética de tal atitude, continuando a participar das realizações da associação, confiando em seus dirigentes e sabendo que a eles só interessa que todos os produtos, indistintamente, sejam conhecidos de modo aprofundado e ético, não só pelos formadores de opinião, como também por todos, até colegas de outras especialidades e, principalmente, pelos estudantes, futuros membros ativos destas associações.

Por todos estes fatos, defendo a maior independência societária possível, o que não significa desconhecimento do direito e da necessidade que tem o patrocinador de expor seus produtos. O motivo pelo qual nos preocupamos é que a desobediência às regras éticas, já universalmente propostas, possa fazer com que as associações de especialistas percam a qualidade e diversidade de suas reuniões científicas, a confiabilidade de seus palestrantes e que tudo isto acabe por influenciar no que há de mais sagrado entre o médico e o paciente: a indiscutível transparência da relação profissional.

**“ Não podemos permitir que nos conduzam, nós é que devemos conduzir. ‘Libertas quae sera tamen’ (Liberdade, ainda que tarde!) ”**

No entanto, para que estas palavras não sejam mera figura retórica, não basta exigirmos ética; antes, precisamos nos impregnar dela e exercê-la em toda sua plenitude. Se assim não fizermos, continuaremos vassalos de nossas fraquezas.

\* \* \*

*Declaração de conflitos de interesses do autor deste artigo: ex-presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia, no biênio 2002-2004; médico reumatologista do Hospital das Clínicas da UFMG e membro do Institute of Arthritis and Pain (IAP), fundado e patrocinado com grant educacional da Pfizer Inc., no biênio 2002-2004.*

*Agradecimentos: ao prof. Dr. Hamid Alexandre Cecin, de Uberaba, MG, que não só me estimulou na publicação destas considerações, como me ajudou com excelentes reflexões, que serviram de “modelo” para a ampliação deste artigo.*



## Referências

1. Abbasi K, Smith R: No more free lunches. *BMJ* 326: 1155-6, 2003.
2. Anvisa, Resolução, RDC 102, de 30/11/2000, publicada no Diário Oficial 231-E, de 1/12/2000, seção 1, p 28.
3. Backer EL, et al: The value of pharmaceutical representative visits and medication samples in community-based family practices. *The Journal of Family Practice* 49: 811-6, 2000.
4. Bale H: Director general of International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations. New body to oversee clinical trial ethics in developing world. *Reuter Health Information* 17/6/2002.
5. Bodenheimer T: Uneasy alliance. Clinical investigators and the pharmaceutical industry. *NEJM* 342: 1539-44, 2000.
6. Blumenthal D: Academic-industrial relationships in the life sciences. *N Engl J Med* 349: 2452-9, 2003.
7. Bonaccorso S: In praise of the "devil". *BMJ* 326: 1220, 2003.
8. Choucair G, et al: Economia – Excluídos da Farmácia – Vendas despencam. *Jornal O Estado de Minas*, 6/6/2004.
9. Coyle SL: Physician-Industry relations. Part 1: Individual Physicians. *Annals of Internal Med* 136: 396-402, 2002.
10. Coyle SL: Physician-Industry relations. Part 2: Organizational issues. *Annals of Internal Med* 136: 403-6, 2002.
11. Davidoff F, et al: Sponsorship, authorship, and accountability. *The Lancet* 358: 854-6, 2001.
12. Davidson RA: Source of funding and outcome of clinical trials. *J Gen Intern Med* 1: 155-8, 1986.
13. Drazen JM, et al: T. protect those who serve. *BMJ* 343: 1643-5, 2002.
14. FDA – Conferência Internacional de Conciliação; Boa Prática Clínica; Orientação Consolidada, Instrução de Disponibilidade, 1997.
15. Friedberg M, et al: Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology. *JAMA* 282: 1453-7, 1999.
16. Gaspari E: Política – Os laboratórios deram veneno ao PT. *Jornal O Estado de Minas*, 6/6/2004, p 6.
17. Goldfinger EE: American College of Physicians. Physicians and the pharmaceutical industry. *Annals of Internal Med* 112: 624-6, 1990.
18. Gross PC, et al: Disclosure of financial competing interests in randomized controlled trials: across sectional review. *BMJ* 326: 526-7, 2003.
19. Guyatt G: Health sciences and the pharmaceutical industry: partnerships can be effective and ethical. *CMAJ* 151: 1323-5, 1994.
20. Guyatt G: Academic medicine and the pharmaceutical industry: a caution any tale. *CMAJ* 150: 951-3, 1994.
21. Herxheimer A: Relationships between the pharmaceutical industry and patients' organisations. *BMJ* 326: 1208-10, 2003.
22. Hipócrates: Conhecer, Cuidar, Amar, o Juramento e outros textos, São Paulo, Landy Editora, 2002.
23. Horton R: The less acceptable face of bias. *The Lancet* 356: 959-60, 2000.
24. Human D: World Medical Association calls for more action on conflicts of interest. *Reuters Health Information*, 21/4/2002.
25. Industry-Supported Scientific and Educational Activities. US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration, Office of Policy, November, 1997.  
HYPERLINK <http://www.fda.gov/cder/guidance/isse.htm>  
<http://www.fda.gov/cder/guidance/isse.htm>
26. Lever A, et al: Considerations in the relationship between the American College of Chest Physicians and Industry. *Chest* 119: 1257-9, 2001.
27. Lexchin J, et al: Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 326: 1-10, 2003.
28. Melander H, et al: Evidence b(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ* 326: 1-5, 2003.
29. Ministério da Saúde do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10/10/1996.
30. Ministério da Saúde do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 251, de 7/8/1997.
31. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria 911, de 12/11/1998.
32. Moynihan R: Blurring the boundaries. *BMJ* 326: 1094, 2003.
33. Moynihan R: Drug company sponsorship of education could be replaced at a fraction of its cost. *BMJ* 326: 1163, 2003.
34. Moynihan R: Who pays for the pizza? Redefining the relationship between doctors and drug companies. 2: Disentanglement. *BMJ* 326: 1193-6, 2003.
35. Moynihan R: Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *BMJ* 326: 1189-92, 2003.
36. Moynihan R, Smith R (editor *BMJ*): Too much medicine? Almost certainly. *BMJ* 324: 859-860, 2002.
37. Moynihan R, et al: Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 324: 886-91, 2002.
38. Müller M: Doctors and the industry. *BMJ* 326: 1220, 2003.
39. Orientação do acordo Tripartido ICH ("International Conference on Harmonization") – Orientação para a Boa Prática Clínica, 1996.
40. Paduan R: Tem remédio? *Revista Exame*, 2/10/2002.
41. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). PhRMA Code on interactions with healthcare professionals. 1/7/2002.
42. Relman AS: Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing. *JAMA* 285: 2009-14, 2001.
43. Smith J: Food, flattery and friendship. *BMJ* 326: 1202-15, 2003.
44. Smith R: Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ* 326: 1202-15, 2003.
45. Teixeira MR: O espectador inocente in *Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise*, Salvador, BA, Ed Amalgama, p 71, 1997.
46. Varkey B: Time for introspection. *Chest* 119: 1255-6, 2001.
47. Watkins C, et al: Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: national cross sectional study. *BMJ* 326: 1178-9, 2003.

## A Ética e a Reumatologia Pediátrica

BLANCA ELENA RIOS GOMES BICA

Professora Assistente de Reumatologia Pediátrica da Faculdade de Medicina da UFRJ  
Vice-Presidente da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro

**C**ERCA DE 45% da população brasileira é constituída por menores de 18 anos, representando uma grande parcela de pequenos cidadãos. Uma grande parte, talvez a maioria, ou já nasce com algum grau de desnutrição, ou vive em famílias onde a renda *per capita* é inferior a um salário mínimo, vive sem adequadas condições sanitárias, não tem acesso a serviços de saúde e/ou educação e são vítimas da violência e prostituição infantil, para não falar do trabalho infantil. Quando a esse quadro se junta o aparecimento de uma enfermidade crônica...

A profissão médica é, talvez, no mundo inteiro, aquela que está mais sujeita a normas e regulamentos especiais, tanto no exercício liberal como no exercício público. Essas normas, no entanto, estão espalhadas nos vários códigos e regulamentos, criando, assim, uma legislação específica que dá ao médico a capacidade de exercer a profissão em sua plenitude, dentro dos limites da legalidade e estabelecendo uma relação de confiança do indivíduo e da sociedade.

Todo ato médico deve representar uma consciência aliada a uma confiança. É o encontro da necessidade de um com a capacidade de outro. No vínculo entre o especialista pediátrico e seu pequeno paciente subentende-se uma autorização prévia, delegada por seus representantes legais, para aquilo que precisa ser feito. Deste modo, como a criança não é capaz de entender o(s) ato(s) que se pretende tomar, está o médico obrigado a esclarecer e obter o consentimento de seus responsáveis legais.

Ética sempre foi um tema polêmico. Inclusive, há um sem-número de conceitos sobre ela que os profissionais de saúde devem respeito e acato por fazer parte da “*verdade ética*” de outros colegas.

Poderíamos definir: “*Ética é o respeito ao saber alheio e a inteligência no uso da verdade como instrumento profissional.*”

A medicina há muito deixou de ser uma profissão individualizada para entregar-se ao trabalho em equipe. Com isso, tornou-se, essencialmente, uma atividade multi, inter e/ou intradisciplinar. Esta pluralidade de características exigiu uma inevitável transformação no proceder dos reumatologistas

gerais que, reconhecendo suas limitações, aos poucos, viram surgir colegas com maior interesse nos pacientes pediátricos, visto que o conhecimento das características biológicas e psíquicas da criança tornou-se essencial para a atenção e tratamento de doenças crônicas graves, até mesmo letais, que acometem o pequeno paciente e “adoecem” toda a família. Esse novo foco provocou a necessidade de se reconhecer e aceitar (o que é mais difícil) os limites do autoconhecimento e a busca do saber “de outro” como forma de aprimorar diagnósticos e oferecer aos pacientes – destacando-se os de patologias especiais – tratamentos mais adequados, atualizados e eficazes.

Por outro lado, cada vez mais, a especialização vem se tornando uma exigência médica. Mas isso não pode, de forma alguma, levar a reumatologia pediátrica a uma visão profissional monocular. Ao contrário disso, essa exigência deve conduzir a especialidade ao seu aprimoramento através de práticas coletivas, porquanto somente estas oferecem a oportunidade de se exercer uma enriquecedora troca de experiências.

Em função da afirmativa anterior, os seminários, os congressos, os *workshops*, as palestras, as mesas de debate e o estudo de casos, por exemplo, transformaram-se em instrumentos essenciais para o avanço da capacitação cognitiva dos médicos da área e para o alcance do *state of art* no exercício do trabalho em equipe, os quais auxiliam na busca de soluções clínicas capazes de atender às mais complexas patologias da atualidade e no combate às inevitáveis limitações individuais que todos possuímos.

Além do mais, o reumatologista pediátrico tem de saber lidar com a verdade na relação com o seu paciente – uma criança ou um adolescente e sua família.

A verdade, sem qualquer dúvida, é uma ferramenta ética de inestimável valor.

O sucesso de um tratamento médico está ligado ao correto nível de informação, de atenção e de motivação do paciente para atender às demandas que sua doença requer. E esse conjunto de componentes, muitas vezes, faz parte de uma verdade penetrante e aparentemente cruel, a qual os reu-

matologistas pediátricos têm de saber utilizar, já que ela é fundamental para que o doente – junto a seus familiares – seja o agente da sua própria cura.

O paciente, de qualquer idade, quando consegue entender e aceitar o mal que o acomete, transforma-se num admirável “*médico circunstancial*”, pois, de posse da verdade sobre sua saúde, ele poderá vislumbrar limites e possibilidades para realizar desejos que o permitirão levar uma vida mais feliz, sempre tendo em mente a medida do possível.

Assim, saber ouvir reclamações, interpretar bem os sintomas, vislumbrar os limites humanos e motivar o paciente a conquistar seu bem-estar é, certamente, um dos maiores desafios de um médico. E demonstrar respeito pelo doente, através da verdade, o faz seu parceiro e cria as condições necessárias para que a relação do médico com seu paciente seja muito positiva, além de trazer como recompensa a convivência harmoniosa da pessoa enferma com a própria patologia, quando crônica, ou a sua alta do tratamento, no menor tempo possível.

Certa vez, uma pequena paciente de quatro anos, portadora de forma agressiva de artrite idiopática juvenil, disse-me: — “Tia, eu gosto de você mesmo sabendo que você manda minha mãe me dar remédios ruins e injeção!” Em sua inocência, ela podia compreender que o ato, em si, não era o mais importante, mas o objetivo de vê-la melhor, isso, sim!

Uma outra visão importante a respeito da ética encontra-se no livro *Gestão para a Formação Humana*, da professora Valdeez Ferreira Fraga (editora Impetus, 2003), a qual considera que “a ética é você diante de você mesmo”.

Esta afirmação tem uma importância extraordinária pela carga de simplicidade, objetividade e profundidade que carrega. Sua perfeição está em tirar da conduta ética a dependência de atitudes alheias para colocá-la unicamente diante do indivíduo, já que não há nada no mundo que possa nos afastar da própria consciência.

Para os médicos, essa questão atravessa a capacidade de disponibilizar-se para o seu paciente. A pergunta que se deve

fazer é: para curar pessoas os médicos têm de passar a “per-tencer” (temporária ou definitivamente) às suas famílias? Se a resposta for positiva, deve-se repensar a questão da acessibilidade do médico por parte do paciente e de seus familiares. Enquanto enfermo, um indivíduo vê o “seu” médico como o único ser humano capaz de resgatar-lhe uma saúde equilibrada. E isso deve ser permanentemente considerado, pois também faz parte do conjunto ético de atitudes profissionais, inserido no saber técnico. Esse fato traz à tona o porquê do pediatra ser o mais reconhecido “médico de família”, pois acompanhando todos os passos do crescimento e desenvolvimento da criança, ele se torna o “amigo de todas as horas” da família.

Nos últimos 25 anos, avanços no conhecimento da especialidade têm resultado em significativa melhora na qualidade de vida e na sobrevivência de crianças com doenças anteriormente letais. Crianças com doenças reumáticas entram na vida adulta, por vezes, com algum grau de incapacidade física que pode retardar e até impedir que esses jovens adultos atinjam seus objetivos no futuro. Além disso, recebem enorme impacto psicológico em seu desenvolvimento, muitas vezes agravado pelos aspectos sócio-econômicos.

Assim, a escolha do caminho ético, por vezes, é mais difícil do que se imagina, já que exige muito cuidado no trato das relações profissionais. Contudo, o mais importante é a disposição para trilhá-lo, sem o receio de estar sozinho em muitas ocasiões.

Não há dúvida de que, ao final de uma caminhada baseada nos preceitos éticos, encontrar-se-á satisfação pessoal e profissional, pela descoberta do equilíbrio entre o respeito ao saber alheio, o uso da verdade e o prazer de se tomar atitudes de maneira honesta e adequada, culminando na prática profissional que julgamos “ideal” e na eficácia do tratamento idealizado.

Outrossim, será sempre indiscutível que a ética é uma questão de princípios e de conforto da consciência, pela certeza inabalável do dever cumprido.

## É a Hora e a Vez de Consagrar Nosso Título de Especialista

GEORGES BASILE CHRISTOPOULOS

Diretor Científico da Liga dos Reumatologistas do Norte-Nordeste  
Membro do Comitê de Ética da SBR

**É** TEMA RECORRENTE em nossas assembléias gerais a valorização do título de especialista.

Observamos que, nos vários convênios e cooperativas médicas existentes no país, profissionais não titulados figuram em seus quadros de “reumatologia” ou “doenças reumáticas”, sempre sob a tolerância dos conselhos regionais.

Podemos, no entanto, abordar o tema de maneira diversa do habitual, esclarecendo aos convênios que não é interessante, tampouco legal terem em seus quadros profissionais médicos desprovidos do devido título, haja vista que lhes cabe, igualmente, a responsabilidade pela qualidade dos serviços.

E como realizaríamos tal façanha?

Observemos a decisão unânime e irrecorrível do Superior Tribunal de Justiça, da lavra do ministro Aldir Passarinho Júnior:

“A prestadora de serviços de plano de saúde é *responsável*, concorrentemente, *pela qualidade* do atendimento oferecido ao contratante em *hospitais* e por médicos por ela credenciados, aos quais aquele teve de obrigatoriamente se socorrer sob pena de não fruir de cobertura respectiva.” (Grifo nosso.)

A decisão evidencia a culpa solidária do plano de saúde com relação aos processos intentados contra os médicos por ele conveniados.

De notar que o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90) é bastante severo ao dispor da seguinte maneira:

Art. 6.º São direitos básicos do consumidor:

(...)

III – a informação adequada e clara *sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem*; (Grifo nosso.)

(...)

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, *independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos*

*consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.* (Grifo nosso.)

(...)

Art. 31. A oferta e apresentação de produtos ou serviços devem assegurar informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa *sobre suas características, qualidade, quantidade, composição, preço, garantia, prazos de validade e origem, entre outros dados, bem como sobre os riscos que apresentam à saúde e segurança dos consumidores.* (Grifo nosso.)

(...)

Art. 36. A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o consumidor, fácil e imediatamente, a identifique como tal.

Parágrafo único. O fornecedor, na publicidade de seus produtos ou serviços, manterá, em seu poder, para informação dos legítimos interessados, os dados fáticos, técnicos e científicos que dão sustentação à mensagem.

Art. 37. É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§ 1.º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

(...)

Art. 55 (...)

§ 1.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios fiscalizarão e controlarão a produção, industrialização, distribuição, a publicidade de produtos e serviços e o mercado de consumo, no interesse da preservação da vida, da saúde, da segurança, da informação e do bem-estar do consumidor, baixando as normas que se fizerem necessárias.

(...)

Art. 66. Fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante *sobre a natureza, característica, qualidade, quantidade, segurança, desempenho, durabilidade, preço ou garantia de produtos ou serviços*: (Grifo nosso.)

Pena – Detenção de três meses a um ano e multa.

Art. 69. Deixar de organizar dados fáticos, técnicos e científicos que dão base à publicidade:

Pena – Detenção de um a seis meses ou multa.

(...)

Art. 76. São circunstâncias agravantes dos crimes *tipificados neste código*: (Grifo nosso.)

(...)

III – dissimular-se a natureza ilícita do procedimento;

Fica claro, portanto, que é ILEGAL a inclusão e divulgação por parte de convênios e cooperativas médicas, de profissionais não titulados naquelas categorias. Notadamente, há informação e publicidade inadequada nos casos em tela, vez que somente a prova de título confere ao médico sua especialização.

Quais seriam, então, os meios que a Sociedade Brasileira de Reumatologia teria para evitar que tais atos se perpetuem?

Existem várias alternativas, dentre as quais:

- Acionar o CFM, solicitando a imediata adequação dos convênios existentes no país às regras estabelecidas na legislação específica, o que beneficiaria, inclusive, a TODAS as demais especialidades médicas.
- No caso de insucesso, promover ações judiciais perante a justiça federal, com o mesmo objetivo.

Existem momentos em que a história nos bate à porta, exigindo posições firmes na defesa de nossa categoria, que refletem, necessariamente, na consolidação dos nossos ideais.

**“ É a hora e a vez de consagrarmos nosso título de especialista! ”**

### QUESTIONÁRIO PRÉ-CONSULTA

[Autoria: Georges Basile Christopoulos]

- Nome:** 1. Qual o motivo da sua consulta?
- Idade:** 2. Como você obteve informações sobre a clínica/médico?  
( ) Por indicação de outro médico? Qual?  
( ) Através de outro paciente?
- Sexo:** ( ) Entrevistas/reportagens?  
( ) Outros. Quais?
- Profissão:** 3. Você tem alguma dessas doenças?  
( ) Gastrite  
( ) Pressão alta  
( ) Glaucoma  
( ) Diabetes  
( ) Labirintite  
( ) Alergia a algum remédio? Qual?  
( ) Outras doenças:
- ASSINATURA:** 4. Se você tem dor, como a classificaria?  
( ) Insuportável ( ) Muito forte ( ) Dor forte  
( ) Dor moderada ( ) Dor leve ( ) Nenhuma dor
5. Você está utilizando alguma medicação? Qual(is)?
- 

### NÃO ESQUEÇA DE PERGUNTAR AO SEU MÉDICO:

1. Qual o diagnóstico?
2. Qual a causa?
3. Devo prestar atenção em algum sintoma particular?
4. Devo fazer alguma mudança em meu estilo de vida?
5. Qual o tratamento para o meu caso?
6. Quanto tempo demora e qual a sua eficácia?
7. Quais os riscos e os efeitos colaterais?
8. Há algum alimento, bebida ou atividade que devo evitar?
9. A que tipo de exames devo me submeter?
10. O que o(a) senhor(a) espera obter dos resultados?
11. Quando saberei o resultado?
12. Os testes apresentam algum risco?

[Destaque na linha pontilhada e entregue ao paciente.]

---

## DIREITOS DO PACIENTE

**Morte** – O paciente tem o direito de optar pelo local de morte (conforme lei estadual válida para os hospitais do Estado de São Paulo).

**Receituário** – Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas ou em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com o nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão.

**Respeito** – Ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a satisfação de necessidades, a integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos valores éticos e culturais, a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal, e a segurança do procedimento; ter um local digno e adequado para o atendimento; receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa.

**Sangue** – Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram origem, sorologias efetuadas e prazo de validade.

**Segunda opinião** – Direito de procurar uma segunda opinião ou parecer de um outro médico sobre o seu estado de saúde.

**Sigilo** – Ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública.

**Abandono** – Após iniciado o tratamento, o médico não pode abandonar o paciente, a não ser que tenham ocorrido fatos que comprometam a relação médico-paciente e o desempenho profissional e desde que assegurada a continuidade na assistência prestada.

**Acompanhante** – O paciente tem o direito de ser acompanhado por pessoa por ele indicada, se assim desejar, nas consultas, internações, exames pré-natais e no momento do parto; receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar.

**Alta** – O médico pode negar-se a conceder alta a paciente sob seus cuidados quando considerar que isso pode acarretar-lhe risco de vida. Se o paciente ou familiares decidirem pela alta sem parecer favorável do médico, devem responsabilizar-se por escrito. Nesse caso, o médico tem o direito de passar o caso para outro profissional indicado ou aceito pelo paciente ou família.

**Anestesia** – O paciente tem o direito de receber anestesia em todas as situações indicadas. Pode recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida.

**Atendimento digno** – O paciente tem direito a um atendimento digno, atencioso e respeitoso, sendo identificado e tratado pelo nome ou sobrenome. O paciente não pode ser identificado ou tratado por números, códigos, ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso.

**Autonomia** – Pode consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados.

**Criança** – A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

**Exames** – É vedada a realização de exames compulsórios, sem autorização do paciente, como condição necessária para internação hospitalar, exames pré-admissionais ou periódicos e ainda em estabelecimentos prisionais e de ensino.

**Gravação** – O paciente tem o direito de gravar a consulta, caso tenha dificuldade em assimilar as informações necessárias para seguir determinado tratamento.

**Identificação** – Poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a função e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição.

**Informação** – O paciente deve receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre hipóteses diagnósticas; diagnósticos realizados; exames solicitados; ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas propostas e duração prevista do tratamento. No caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, deve ser informado sobre a necessidade ou não de anestesia; o tipo de anestesia a ser aplicada; o instrumental a ser utilizado; as partes do corpo afetadas; os efeitos colaterais; os riscos e as conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento; os exames e as condutas a que será submetido; a finalidade dos materiais coletados para exame; as alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço onde está sendo realizado o atendimento ou em outros serviços, além do que mais julgar necessário.

**Pesquisa** – O paciente tem o direito de ser prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, que deve seguir rigorosamente as normas regulamentadoras de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição.

**Prontuário** – Ter acesso, a qualquer momento, ao seu prontuário médico, recebendo por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão.

**Recusa** – O paciente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar quem deve receber a informação em seu lugar.

FONTES: Pareceres dos Conselhos de Medicina; Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; Lei Estadual (São Paulo) n.º 10.241, de 17/3/1999 – Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Informações gentilmente fornecidas pelo Dr. José Marques Filho, Conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SBR e SPR.

## OS AVANÇOS E AS PERSPECTIVAS TECNOLÓGICAS

levam a constantes questionamentos. Porque lidamos com vidas, nossa responsabilidade torna-se mais do que uma obrigação; um caminho. Não se trata apenas de moral, valores de uma determinada sociedade que vem de fora para dentro. Ética é um juízo crítico de valores, avulta-se de dentro para fora, numa luta de conflitos e opções, resultando em reflexão e discernimento. E isso se pode traduzir também por angústia. Essa “boa angústia” depende de algumas condições: liberdade de escolha, inexistência de coação, ausência de preconceito, humildade para ver a razão no outro e grandeza para aceitá-la.

A Sociedade Brasileira de Reumatologia, na gestão Caio Moreira, graças ao incansável Georges Basile Christopoulos, cumpre assim um dos seus misteres. O colega Georges há muito já vinha publicando no Boletim da SBR suas preocupações. Juntou a essas, opiniões e comentários, ensinamentos e abordagens de especialistas e pensadores. Resultou daí, não uma obra definitiva (em se tratando de Ética, o definitivo não existe), mas uma provocação, saudável e bem-vinda provocação. Onde comungam boa vontade e humanismo. A propósito, vale lembrar Heráclito: nunca entramos no mesmo rio; e Platão: tudo muda, tudo flui. Embarque nessa leitura, aceite a turbulência desse caudal, à frente há um oceano de desafios e infinito horizonte.

FERNANDO NEUBARTH  
*Porto Alegre, inverno de 2004*

