

CONCEITOS BÁSICOS SOBRE ÉTICA EM CIRURGIA

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Bruna Pereira Carvalho Sirqueira

Adriana Seixas Costalonga

Gustavo Leocádio Coelho de Souza

Arthur Ferreira Garcia

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Fernanda Laredo dos Santos

Mariseth Andrade de Carvalho

José Antonio Cordero da Silva

“Bioética, como se diz hoje, não é uma parte da Biologia; é uma parte da Ética, é uma parte de nossa responsabilidade simplesmente humana; deveres do homem para com outro homem, e de todos para com a humanidade”.

(André Comte-Sponville)

1. UMA BREVE HISTÓRIA DA CIRURGIA

Não é possível discutir sobre ética em cirurgia sem antes entender o contexto de desenvolvimento dessa área médica. Assim, a datar do primeiro registro até o início do último século, a prática cirúrgica era vista como um processo doloroso, com altos níveis de mortalidade e com grandes chances de ser infectada¹.

Quando se analisa a história escrita da Humanidade, são encontrados os primeiros registros relacionados à Medicina nos textos sumérios. Esse povo babilônico, que ocupava a região entre o rio Tigre e Eufrates, atual Iraque, foi responsável por criar a escrita cuneiforme, primeiro alfabeto do mundo, que é composta por cerca de trinta mil tábuas. Dentre estas, foram encontradas algumas com assuntos relacionados à Medicina, as quais relatavam uma prescrição médica primitiva composta por alguns alimentos e drogas utilizadas na época. Além disso,

relatavam a existência de instrumentos como trépanos, bisturis e serras, os quais remetem à prática cirúrgica¹.

Outro fato histórico relacionado à população que residia na Suméria é a criação do primeiro conjunto de leis pelo rei e legislador Hamurábi (por volta do ano de 1800 a.C.), que levou o nome de Código de Hamurábi. Esse documento incluía uma legislação que contemplava a prática médica, em especial, a cirúrgica. Um exemplo disso é a punição que os cirurgiões poderiam sofrer: caso os médicos cometessem erros utilizando lâminas metálicas e levassem à morte de seus pacientes ou à piora do quadro, eram condenados a perder os dedos. Esse acontecimento era deveras frequente devido à existência de um conhecimento limitado e apenas empírico, mesmo que os procedimentos fossem simples, como: extração de dente, fraturas simples, abscessos e trepanação. Portanto, os sumérios são considerados como responsáveis tanto pelo registro das primeiras cirurgias quanto por desenvolver a primeira legislação escrita para os cirurgiões².

O moroso desenvolvimento da técnica cirúrgica está ancorado em quatro áreas que nortearam toda sua história: conhecimento da anatomia, controle da hemorragia, da dor e da infecção³.

O estudo da anatomia humana começou a progredir após as contribuições feitas por Andreas Vesalius (1514-1564), que viveu durante o auge do período renascentista, quando os Papas Sisto IV (1414-1484) e Clemente VII (1478-1534) permitiram a dissecação e o estudo do cadáver humano. A prática cirúrgica da época era atribuída às classes baixas por ser uma atividade considerada não pensante (vide a própria etimologia do termo cirurgia: *kheirurgia*: *kheír*, mão + *érgon*, trabalho), enquanto o médico nobre costumava apenas recitar os conhecimentos referentes à anatomia. No caso de Vesalius, além de contribuir com vários apontamentos sobre anatomia, corrigindo os conhecimentos errôneos disseminados por Claudio Galeno (129-199 d.C.) – que baseava seus estudos anatômicos em animais –, ele também foi responsável por alterar a forma com que eram feitos os procedimentos cirúrgicos, e, para ele, era imprescindível que o médico realizasse de forma ativa a dissecação⁴.

Vesalius deixou suas descobertas e conhecimentos na obra chamada *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (1543), a qual precedeu e abriu caminho para diversos cirurgiões anatomistas que desenvolveram todo o estudo sobre a área até os dias de hoje¹.

Outro estudioso responsável pelo grande desenvolvimento da cirurgia foi o francês Ambroise Paré (1510-1590), pois foi o primeiro a desenvolver técnicas para conseguir coibir hemorragias e, assim, trazer maior modernidade à prática cirúrgica. Por mais que Paré fosse um cirurgião-barbeiro (profissão com pouco prestígio social na época), ele tinha uma ótima reputação, sendo responsável por cuidar de diversos reis absolutistas franceses,

como Francisco II (1544-1560), Carlos IX (1550-1574) e Henrique III (1551-1589)⁵.

A primeira técnica que o cirurgião francês utilizou para controlar hemorragias e cauterizar feridas foi o uso do óleo quente, porém ele percebia alguns danos colaterais, como a ferida com um aspecto mole e inflamada. Ao acompanhar uma expedição de guerra, por ordem do rei, seu reservatório de óleo esvaziou e, assim, de forma empírica, ele fez uma mistura de gema de ovo, azeite, rosas e terebintina como substituto e, surpreendentemente, a cicatrização e o controle da hemorragia foi mais eficaz. Logo, ele abandonou o uso do óleo quente⁵.

Paré também foi responsável por retomar a laqueação que era utilizada pelos gregos e desenhou o chamado “bico de corvo”, um instrumento homeostático primitivo. Por mais que as ideias promovidas por Paré fossem promissoras, elas caíram no esquecimento, e apenas cerca de 200 anos depois Jean-Louis Petit (1674-1750) retomou a prática de controle de hemorragias criando o torniquete hemostático. Esse dispositivo era utilizado em amputações, comprimindo o principal vaso sanguíneo envolvido, controlando a hemorragia e permitindo que a laqueação ocorresse de forma natural¹.

Nos anos que seguiram, foram criados diversos dispositivos e técnicas de controle hemodinâmico, sendo o próximo marco histórico a criação de um antecessor do bisturi elétrico pelo cirurgião Harvey Cushing (1869-1939) e pelo físico William Bovie (1881-1958), que, ao longo dos anos, passou por diversos aprimoramentos e é utilizado na contemporaneidade¹.

Historicamente, um dos principais problemas enfrentados pelos cirurgiões era a ausência de algo para inibir a dor, o que acabava levando o paciente a se recusar ou adiar cirurgias que eram necessárias, por constituírem experiências extremamente desagradáveis e dolorosas. Além disso, a prioridade dos médicos durante o ato cirúrgico não era a eficiência do procedimento, e sim o tempo que ele iria durar, uma vez que o enfermo se debatia e reclamava mais a cada minuto que passava, aumentando o grau de dificuldade da operação³.

Ao longo dos séculos, foram utilizadas diversas substâncias depressoras do sistema nervoso, como ópio e o haxixe, sem nenhuma eficiência. Somente no ano de 1846, William T.G. Morton (1819-1868) realizou o primeiro processo cirúrgico com anestesia. Morton administrou o éter sulfúrico, um inalador anestésico, e retirou um tumor vascular do pescoço de seu paciente sem lhe gerar nenhum desconforto. Esse evento é considerado como um dos mais icônicos da Medicina e foi responsável por estimular a pesquisa de novos anestésicos e com diferentes formas de administração⁶.

Após o advento dos processos anestésicos, o tratamento cirúrgico tornou-se mais atrativo e mais utilizado, no entanto o prognóstico dos pacientes não era favorável, devido

às infecções que surgiam no pós-operatório. Em virtude da falta de assepsia e antissepsia, as cirurgias ocasionavam elevadas taxas de mortalidade³.

O primeiro cirurgião a desenvolver técnicas antissépticas, já na Era Moderna, foi o inglês Joseph Lister (1827-1912). Lister foi contemporâneo às ideias desenvolvidas por Louis Pasteur (1822-1895) sobre microrganismos e a forma como eles se comportavam. Influenciado, então, por tais ideias, ele relacionou a dificuldade de cicatrização das feridas e a presença do pus (considerado com fisiológico na época) aos germes referidos pelo químico francês. Portanto, o cirurgião inglês começou a utilizar substâncias bactericidas no local da ferida cirúrgica e utilizar curativos embebidos da mesma solução antibacteriana⁷.

Durante sua pesquisa, Lister enfrentou diversos entraves para propagar suas ideias, principalmente por manter uma linha científica confusa e por não ter entrado no âmbito da assepsia, a qual foi defendida por Ernst von Bergmann (1836-1907). Após a Primeira Guerra Mundial, as práticas antissépticas e assépticas se tornaram presentes no centro cirúrgico, popularizando o uso de máscaras, toucas, luvas, gorros e outros instrumentos de precaução bacterina entre os cirurgiões³.

Portanto, ao se analisar todo esse desenrolar histórico, percebe-se a associação entre o contexto sociocultural e o ato cirúrgico. O cirurgião muitas vezes vai transitar entre a rejeição e o prestígio social, logo, é de extrema importância que ele consiga ter um entendimento ético e moral do seu paciente, buscando sempre se respaldar no princípio de beneficência e de não maleficência¹.

2. A ÉTICA MÉDICA

Nas últimas décadas, a Medicina passou por um rápido avanço tecnológico, o que acarretou diversos questionamentos sobre a prática e pesquisa médica. A fim de ter um melhor entendimento sobre as questões levantadas, é necessário diferenciar os conceitos de moral, direito e ética⁸.

Os dois primeiros se baseiam em regras, porém a moral as estabelece a partir dos princípios individuais e pessoais; em contrapartida, o direito se pauta sobre leis estabelecidas pelo Estado e se limita a fronteiras geográficas. Diferentemente das duas áreas supracitas, a ética vai se basear em um processo reflexivo sobre o conceito de bom ou mau e tem como principal objetivo justificar as normas criadas tanto pela moral bem como pelo direito⁸.

Partindo desse pressuposto, a Ética Médica e a Bioética trazem diversos questionamentos sobre a forma com que os profissionais da saúde exercem seu ofício. Além disso, ambas vão se respaldar sobre quatro princípios: não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça⁹.

O preceito de *não-maleficência* na prática dos profissionais de saúde é definido em não ocasionar mal ao paciente de forma intencional, um dilema corriqueiro na rotina hospitalar. Um exemplo disso ocorre quando se é necessário passar um medicamento para o enfermo, mesmo sabendo que a droga vai causar algum dano ao corpo. Logo, do ponto de vista ético, é de responsabilidade do médico avaliar se a conduta terá um bom custo-benefício⁹.

Por sua vez, o princípio de *beneficência* adentra o de não-maleficência e o extrapola, determinando que não basta apenas não causar mal: é obrigação do médico fazer bem ao enfermo. Esse princípio respalda toda prática médica, visto que ele é expresso no juramento de Hipócrates: “Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com a minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los”¹.

Por mais que existam os princípios relacionados à beneficência, deve-se respeitar o princípio de *autonomia* do paciente. Este consiste em deixar que a pessoa possa fazer aquilo que acha que é melhor para si. Na prática médica, podemos resumir em consentimento e adesão do paciente pelo plano terapêutico¹⁰.

Entretanto, esse princípio não é válido quando o enfermo não tem capacidade de discernimento, como em situações de urgência ou mesmo em casos que levem risco a outras pessoas¹⁰.

Por fim, existe o princípio de *justiça*, o qual será respaldado nas relações socioculturais tanto do espaço quanto do tempo. Com o propósito de que a justiça funcione de forma adequada, é necessária a preservação da equidade, extrapolando classes, raças e etnias⁹.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou o *Código de Ética Médica* com intuito de fazer valer o princípio de justiça e resguardar tanto o paciente quanto o médico. Periodicamente, o código é atualizado, buscando sempre atender às necessidades criadas pela sociedade, adequando-se às novas tecnologias¹¹.

A última mudança foi feita no ano de 2019, após diversos congressos, reuniões técnicas e sugestões feitas pelos médicos registrados em Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Atualmente, o Código é composto por 26 princípios fundamentais do exercício da Medicina, 11 normas diceológicas, 117 normas deontológicas e quatro disposições gerais. Ainda que sejam feitas mudanças recorrentes, todos os quatro princípios anteriormente citados estão enraizados na atual legislação, e preconizam primordialmente o bem-estar do ser humano. E, por ser um documento que rege a conduta de todos os médicos do Brasil, a prática da cirurgia não é excluída desse cenário e deve, portanto, respeitar os princípios nele contidos¹¹.

3. DILEMAS E ABORDAGENS ÉTICAS EM CIRURGIA

É inegável o papel da cirurgia diante do processo de tratamento e cura de um paciente. Como exemplo, sabe-se que não são raras as situações em que a cirurgia desponta como o único método capaz de garantir a continuidade da vida em determinados quadros clínicos. Ademais, com o aumento populacional e da expectativa de vida em geral, os índices de intervenções cirúrgicas tendem a ser cada vez maiores em todo o mundo¹².

A fim de acompanhar esse crescimento, portanto, o cirurgião sente a necessidade de aprimorar suas habilidades médicas. Contudo, a prática cirúrgica envolve não apenas o conhecimento científico (*episteme*) e a habilidade técnica (*techne*), mas também a capacidade de julgamento (*phronesis*) desse profissional médico. Além disso, o típico “cirurgião competente” é aquele que não se atém apenas ao ato cirúrgico e suas finalidades: deve transpassar confiança moral e ética a partir de seus posicionamentos¹³.

Assim como as demais áreas médicas, a cirurgia deve seguir o principialismo citado anteriormente, guiado por autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (6). Entretanto, nem sempre deve seguir apenas o aforismo hipocrático “*Primum non nocere*” (“Primeiro, não prejudicar”) irá garantir o sucesso moral no processo de tomada de decisão. Em situações de dilemas médicos, é preciso ir além: torna-se necessária uma abordagem moral individualizada, em que a resolução ética representa o principal desafio. Porém, apesar da análise individual dos casos, o cirurgião deve conhecer determinados conceitos capazes de guiar, de um modo geral, todos os posicionamentos profissionais a serem tomados^{12,13}.

3.1 Os 4 tópicos na análise de um dilema ético na área da saúde

Com a transição do modelo paternalista para o compartilhamento de poder e responsabilidade entre o médico e o paciente, o processo de tomada de decisão leva cada vez mais em consideração a vontade do paciente. Nesse contexto, podem existir situações marcadas por conflito de valores e interesses entre o profissional da saúde e o cliente. Essa situação, portanto, é chamada de *dilema*, em que a abordagem terapêutica do paciente sofre influência direta do resultado desse conflito^{3,13,14}.

Nesse cenário, deve ser prioridade a resolução ética que conserve uma boa relação médico-paciente concomitante à decisão terapêutica tomada. Assim, a tomada de decisão compartilhada deve ser orientada pelos seguintes tópicos¹⁴:

1. *Indicação Médica*: é imprescindível identificar o problema médico, bem como esclarecer os objetivos do tratamento, suas opções, alternativas e taxas de sucesso terapêutico.

2. *Preferências do Paciente*: o paciente deve estar ciente dos riscos e benefícios associados ao tratamento, a fim de que possa expressar suas preferências, desde que tenha plena capacidade de decisão ou esteja amparado legalmente para que outrem decida por ele.
3. *Qualidade de Vida*: analisar a funcionalidade do paciente em diferentes situações (com ou sem tratamento), para que estejam alinhados entre si os objetivos de estilo de vida e as possibilidades associadas à terapia.
4. *Recursos Contextuais*: muito além da análise isolada da doença e do tratamento em si, devem ser identificados os conflitos de interesse e a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, por exemplo.

3.2 Os 5 pilares éticos da cirurgia

A fim de que seja concretizada uma relação de confiança entre o cirurgião e o paciente, os seguintes pontos devem ser vivenciados¹⁴:

1. *Resgate*: esse sentimento se faz presente quando o cirurgião reconhece e aceita o desafio de recuperar a saúde do paciente por meio do ato operatório.
2. *Proximidade*: uma relação mais próxima passa mais conforto para o paciente, mas também permite que o cirurgião entenda o sofrimento e as necessidades daquele.
3. *Provação*: vivenciada pelo paciente antes e durante a cirurgia.
4. *Resultado*: as consequências no pós-operatório.
5. *Presença*: a conduta ética ideal do cirurgião pressupõe sua entrega ao caso do paciente, estando presente durante todo o processo pré, intra e pós-operatório.

3.3 As virtudes na ética cirúrgica

Além de desempenhar uma performance técnica satisfatória durante a cirurgia, o cirurgião precisa possuir e praticar certas virtudes, como: perseverança, pontualidade, coragem, prudência, justiça, honestidade, bondade e ser capaz de desempenhar um bom trabalho em equipe^{3,13}.

3.4 O respeito ao consentimento esclarecido

Muito além do que a “simples” assinatura em um papel com valor jurídico, o consentimento do paciente envolve um diálogo completo com o cirurgião e toda a equipe cirúrgica. Para que o resultado esperado de aceitação do paciente seja alcançado, alguns pontos devem ser esclarecidos durante essa conversa^{3,13,15}:

1. Compreender a habilidade do paciente em entender a informação que está sendo passada.
2. Apresentar informações relevantes com veracidade e sensibilidade, respeitando as vontades do paciente, sobre o diagnóstico, a intervenção cirúrgica (como é feita e para que serve) e a balança estabelecida entre os potenciais riscos e benefícios.
3. Documentar o consentimento esclarecido e a decisão do paciente (ou seu representante) de forma clara e objetiva, através de um documento amparado por meios médicos e legais.

3.5 A abordagem de um dilema

De um modo geral, os dilemas éticos na Medicina podem ser resolvidos através dos seguintes passos³:

1. *Reconhecimento da necessidade de uma investigação ética*: uma vez que a prática médica é envolta por julgamentos - “este diagnóstico está correto?” e “o tratamento proposto é adequado?” são exemplos de perguntas presentes na rotina de um médico -, quando conflitos não podem ser resolvidos com base em conhecimentos técnicos e científicos, o estabelecimento de um dilema ético se faz presente. Como exemplo, pode ser citada a situação em que se questiona até quando um tratamento curativo deve ser continuado e não transacionado para um paliativo, em que não são raras as divergências de opinião entre a equipe de saúde e o paciente e sua família. Destaca-se, nesse contexto, que os dilemas não estão restritos ao binômio médico-paciente: há situações em que os interesses do profissional e/ou do paciente vão de encontro à vontade do hospital, seja por questões administrativas ou financeiras, por exemplo. (SADE) Em ambos os casos, trata-se de um dilema ético a ser solucionado.
2. *Analisar os fatos e entender as diferentes perspectivas*: essa análise deve ser feita através dos quatro tópicos citados anteriormente (Indicação Médica, Preferências do Paciente, Qualidade de Vida e Recursos Contextuais). Ademais, a conversa com o paciente - e todos os envolvidos - deve ser estimulada, uma vez que é capaz de resultar em informações importantes para a resolução do dilema ético, como valores, motivações e preferências.
3. *Identificar os valores éticos que estão em conflito*: construir uma lista com esses valores pode ser útil para a construção de um espectro de opções a serem consideradas. Esses valores e posicionamentos podem ser divididos entre eticamente obrigatórios (como garantir a autonomia do paciente, por exemplo), eticamente possíveis e eticamente proibidos.
4. *Discutir opções e desenvolver um plano*: antes de realizar uma conversa com o paciente e sua família, a equipe de saúde deve estar em consenso quanto às opções a serem apresentadas, de forma que essa reunião seja mais produtiva.
5. *Tomar decisões e refletir sobre os resultados*: o último passo é a ação em si. É importante que a equipe esteja ciente da incerteza que pode ser enfrentada, uma vez que nem tudo pode resultar conforme planejado. Ademais, mesmo após a resolução do dilema, deve-se refletir sobre o caso, pensando em cenários alternativos e se preparando para futuros dilemas semelhantes.

4. ÉTICA E CIRURGIA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Se, diante de procedimentos eletivos, a ocorrência de dilemas éticos é frequente, em emergências não é diferente, exceto por um fator agravante: o tempo para tomada de decisão. O cenário crítico de fragilidade da vida exerce uma pressão significativa sobre a mente do cirurgião. Nesse contexto, é ainda mais delicado salvar a vida do paciente e, ao mesmo tempo, resolver dilemas éticos¹⁵.

Nesse cenário, o paciente nem sempre possui condições para decidir sobre a conduta a ser tomada, além de que seu representante frequentemente não está no local. Assim, é papel do médico seguir o princípio da Benevolência e, então, iniciar o tratamento adequado, mesmo na ausência do consentimento esclarecido do paciente. Entretanto, é dever do cirurgião informar o paciente e sua família sobre o procedimento assim que possível, a fim de que obtenha o consentimento e continue com o tratamento em questão¹⁵.

5. ÉTICA, CIRURGIA E A FINITUDE DA VIDA

No contexto de finitude da vida e cuidados paliativos, o consentimento esclarecido do paciente desempenha um papel ainda mais crítico. Para que esse ato de consentir seja validado, no entanto, o paciente deve ser capaz de tomar uma decisão. Essa capacidade é legal e eticamente verdadeira quando as seguintes habilidades estão presentes¹⁵:

1. Entendimento: a habilidade de falar sobre o significado da informação repassada.
2. Apreciação: explicar como a informação é aplicada ao seu próprio caso.
3. Expressar uma escolha: formar uma decisão.
4. Ser capaz de raciocinar sobre essa escolha: comparar informações e inferir as consequências da decisão tomada.

Ademais, um documento tão importante quanto o consentimento é o conjunto das chamadas *diretivas antecipadas de vontade*. Essas diretivas são redigidas quando um indivíduo ainda capaz de tomar decisões deixa clara qual conduta terapêutica deve (ou não) ser tomada caso ele perca sua capacidade de tomar tais decisões. Destaca-se, no entanto, que essas diretivas podem ser modificadas ou anuladas pelo paciente enquanto esse último ainda possuir suas plenas faculdades mentais¹⁵.

Nesse cenário, as chamadas *ordens de não reanimação* são frequentes alvos de dilemas éticos. Isso ocorre porque, embora um paciente possa manifestar sua vontade de forma clara antes de uma cirurgia, o procedimento de reanimação pode ser realizado, uma vez que nem sempre a autodeterminação do paciente respeita seus direitos de forma ética e não-iatrogênica¹⁵.

Por ser um tema envolto por controvérsias, deve ser discutido com a equipe de saúde e o paciente de forma sistematizada e clara antes e após o procedimento cirúrgico. E, por ser algo relativo e subjetivo, deve ser analisado com cautela, pois, por exemplo, um paciente pode solicitar ressuscitação quando os eventos adversos são reversíveis, mas pode negar firmemente a reanimação caso haja a possibilidade de sequelas permanentes e incapacitantes. Nesse contexto, o registro de todas as decisões no prontuário médico não deve ser deixado de lado em hipótese alguma, pois serve como amparo médico e legal^{15,16}.

A *futilidade terapêutica* é um termo utilizado para definir terapias inconsistentes com o objetivo final do tratamento, sendo consideradas inadequadas tanto em termos médicos quanto éticos. No contexto de finitude da vida, esse é um evento a ser combatido, principalmente diante de conflitos de interesse entre o médico e a vontade da família do paciente^{5,8}. Essa futilidade pode ser classificada em três tipos¹⁵:

1. Futilidade fisiológica: intervenções médicas que não condizem com o objetivo do tratamento. Por exemplo: tratar uma infecção bacteriana com um antibiótico ao qual a bactéria apresenta resistência.
2. Futilidade quantitativa: baseada em uma decisão que envolve uma taxa de sucesso terapêutico extremamente baixa.
3. Futilidade qualitativa: quando o tratamento tende a resultar em uma qualidade de vida inaceitável às vontades do paciente.

Nesse contexto, *terapias contraindicadas* não devem ser confundidas com futilidades terapêuticas. Apesar de serem conceitos próximos entre si, contraindicado é aquele tratamento que é extremamente dispendioso ou então que possui uma taxa de benefício/risco muito incerta. Entretanto, esse é um tópico cercado por debates, sem um consenso definido no meio médico¹⁵.

6. INOVAÇÃO CIRÚRGICA *VERSUS* ÉTICA

Durante toda a história da cirurgia, o treinamento e a inovação sempre estiveram presentes. Um exemplo claro de inovação é o desenvolvimento da técnica de videolaparoscopia, procedimento menos invasivo que possibilita diversos benefícios para o pós-operatório do paciente. Ademais, com o avanço da tecnologia e o aumento da expectativa de vida, espera-se ainda mais que o papel do cirurgião seja cumprido com cada vez mais excelência, que a vida seja prolongada em situações cada vez mais extremas. Essa pressão, portanto, justifica a necessidade de constante renovação e inovação no meio cirúrgico^{3,13}.

Entretanto, nem sempre a inovação acompanha a ética no mesmo ritmo exponencial e, então, surgem dilemas éticos. Por não depender somente da tecnologia, como também

do desenvolvimento de técnicas e estratégias específicas, a inovação em cirurgia prudente é aquela que considera os testes laboratoriais, o propósito da técnica, os riscos, a segurança do paciente e, por fim, os embates éticos relacionados à aplicabilidade da técnica mesmo na falta de um consenso entre a comunidade médica, uma vez que os riscos reais podem ainda não estar bem esclarecidos^{3,13}.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise da relação entre ética e cirurgia, fica clara a importância desse ramo filosófico no sucesso da prática cirúrgica. Assim, diversos conceitos básicos são inerentes a essa relação, desde a compreensão do Código de Ética Médica até a aplicabilidade desses conhecimentos éticos na inovação da técnica cirúrgica, cada vez mais expoente na contemporaneidade.

Apesar disso, muitos conceitos ainda estão incertos na comunidade médica, não sendo agrupados por um consenso. Como abordado anteriormente, tem-se a definição de futilidade terapêutica e outros dilemas éticos presentes na rotina do cirurgião. Dessa forma, destaca-se a importância de a ética em cirurgia ser cada vez mais estudada e debatida no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Marquez RG. Técnica operatória e cirurgia experimental. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Fiorini LR, Manso MEG. As Origens da Medicina Ocidental: Mesopotâmia e Egito Antigo / The Origins of Western Medicine: Mesopotamia and Ancient Egypt. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 Aug 7;4(4):16609–15.
3. Townsen CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston: Textbook of Surgery*. 21st ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
4. Faustino A, Lança MJ. Anatomia e Fisiologia: evoluindo de “mãos dadas.” *História da Ciência e Ensino: construindo interfaces*. 2022 Sep 29;25:209–20.
5. Splavski B, Rotim K, Boop FA, Gienapp AJ, Arnautović KI. Ambrose Paré: His Contribution to the Future Advancement of Neurosurgery and the Hardships of His Times Affecting His Life and Brilliant Career. *World Neurosurgery*. 2020 Feb;134:233–9.
6. Firth PG. Ether Day Revisited. *Annals of Surgery Open*. 2022 May 17;3(2):e166.
7. AVAILLON, Jean-Marc; CHRÉTIEN, Fabrice. From septicemia to sepsis 3.0—from Ignaz Semmelweis to Louis Pasteur. **Microbes and Infection**, v. 21, n. 5-6, p. 213-221, 2019.

8. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice* [Internet]. 2020;30(1):17–28. Available from: <https://karger.com/mpp/article/30/1/17/204816/Principles-of-Clinical-Ethics-and-Their>
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
10. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited. *BMC Med Ethics*. 2001;2:E1. doi: 10.1186/1472-6939-2-1. Epub 2001 Apr 26.
11. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. *ConScientiae Saúde*. 2008;3:153–63.
12. Agochukwu-Mmonu N, Chung KC. Ethics in Global Surgery. *Hand Clinics*. 2019;35(4):421–7.
13. Cardenas D. Surgical ethics: A framework for surgeons, patients, and society. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2020;47(1):1–10.
14. Little M. The fivefold root of an ethics of surgery. *Bioethics*. 2002;16(3):183–201.
15. Lewis MC, Yeldo NS. The Ethics of Surgery at End of Life. *Anesthesiology Clinics* [Internet]. 2019;37(3):561–71.
16. Sade RM, Kavarana MN. Surgical ethics: Today and tomorrow. *Future Cardiology*. 2017;13(6):567–78.