



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Presidente Prudente

JAQUELINE BERGARA KURAMOTO

O PAPEL DA BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

Presidente Prudente
2008

JAQUELINE BERGARA KURAMOTO

O PAPEL DA BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia – UNESP, Campus de Presidente Prudente – SP, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, na linha de pesquisa Processos Formativos Diferenças e Valores sob orientação do Professor Dr. Divino José da Silva.

PRESIDENTE PRUDENTE
2008

TERMO DE APROVAÇÃO

Jaqueline Bergara Kuramoto
O papel da bioética na formação do médico

Dissertação apresentada à Comissão de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade Estadual Paulista - UNESP, Campus de Presidente Prudente – SP, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Divino José da Silva (Orientador)
Depto de Educação, UNESP, Pres. Prudente/SP

Prof^a. Dr^a. Maria Suzana De Stefano Menin
Depto de Educação, UNESP, Pres. Prudente /SP

Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira
Depto de Ciências da Saúde, UEL, Londrina/PR

Presidente Prudente, 10 de junho de 2008.

*Dedico este trabalho ao meu amor, **EDISON**,
companheiro, amigo, que me deu total apoio para
sua realização; e às minhas filhas, **DANIELLE** e
CAROLINE, que alegram e iluminam a minha vida.
Por saberem conviver com minha presença ausente,
durante a escrita desta dissertação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus!

Aos meus pais, carinhosamente a minha mãe, pelo eterno amor;

A toda a minha família, especialmente aos meus irmãos, pela compreensão e apoio, durante todos os momentos do percurso;

Ao Prof. Dr. Divino José da Silva, pela orientação, compreensão, paciência e amizade, cuja confiança em mim depositada se mostrou inabalável, mesmo nos momentos mais difíceis da caminhada;

Aos professores da banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Maria Suzana de Stefano Menin e Prof. Dr. José Eduardo de Siqueira, que, com suas valiosas contribuições e minuciosa leitura, por ocasião do exame de qualificação, me indicaram novas setas, no caminho;

Aos amigos de hoje e de sempre que, mesmo trilhando caminhos diferentes, iluminaram meu caminhar com seu apoio incondicional, todos tão queridos, companheiros de fé e entusiasmo, em especial a minha amiga Eunice Maria Zangari Nelli.

O NOVO HOMEM

O homem será feito em laboratório. Será tão perfeito como no antigório. Rirá como gente, beberá cerveja deliciosamente. Caçará narceja e bicho do mato. Jogará no bicho, tirará retrato com o maior capricho. Usará bermuda e gola roulée. Queimará arruda indo ao canjerê, e do não-objeto fará escultura. Será neoconcreto se houver censura. Ganhará dinheiro e muitos diplomas, fino cavalheiro em noventa idiomas. Chegará a Marte em seu cavaleiro de ir a toda parte mesmo sem caminho. O homem será feito em laboratório, muito mais perfeito do que no antigório. Dispensa-se amor, ternura ou desejo. Seja como flor (até num bocejo) salta da retorta um senhor garoto. Vai abrindo a porta com riso maroto: "Nove meses, eu? Nem nove minutos." Quem já conheceu melhores produtos? A dor não preside sua gestação. Seu nascer elide o sonho e a aflição. Nascerá bonito? Corpo bem talhado? Claro: não é mito, é planejado. Nele, tudo exato, medido, bem-posto: o jsto formato, o standard do rosto. Duzentos modelos, todos atraentes. (Escolher, ao vê-los, nossos descendentes.) Quer um sábio? Peça. Ministro? Encomende. Uma ficha impressa a todos atende. Perdão: acabou-se a época dos pais. Quem comia doce já não come mais. Não chame de filho este ser diverso que pisa o ladrilho de outro universo. Sua independência é total: sem marca de família, vence a lei do patriarca. Liberto da herança de sangue ou de afeto, desconhece a aliança de avô com seu neto. Pai: macromolécula; mãe: tubo de ensaio e, per omnia secula, livre, papagaio, sem memória e sexo, feliz, por que não? pois rompeu o nexo da velha Criação, eis que o homem feito em laboratório sem qualquer defeito como no antigório, acabou com o Homem. Bem feito!

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O presente estudo busca refletir sobre o ensino da ética e da bioética, nos cursos de medicina, e como o mesmo se encontra contemplado, nas grades curriculares de três cursos: o Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE; o curso da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Nessas grades curriculares, procuramos identificar quantas horas são destinadas à disciplina de ética e bioética. Trabalhamos esse tema, articulando três eixos: o impacto dos avanços tecnológicos sobre a prática médica; as implicações desses avanços, na relação médico-paciente; e, por fim, quais as possibilidades que o ensino da bioética oferece, para se mudar a prática médica na atualidade. Neste último eixo, interessou-nos investigar o modo como vem sendo abordado o ensino de bioética, nos cursos de medicina acima mencionados. O texto objetiva refletir sobre os desafios éticos que os avanços técnico-científicos têm posto à sociedade e à educação, na atualidade, particularmente na formação dos professores de ensino universitário, dentro desse contexto dinâmico, à luz da ética médica. Metodologicamente, partimos de uma análise dos documentos curriculares dos cursos de medicina das três universidades estudadas, com ênfase no tipo de abordagem ética que é desenvolvida nesses cursos e, também, com a intenção de levantar os novos desafios postos pela Bioética, no campo da Saúde. Enfocaram-se as novas demandas e sua relação com a formação dos professores que atuam com essa disciplina, nos cursos de medicina. A nossa perspectiva foi de pensar a formação, tendo como pressuposto a crítica aos processos de instrumentalização, aos procedimentos meramente técnicos que parecem ter predominado no campo da Ética Deontológica, nos cursos de medicina. Portanto, o objetivo foi o de pensar a formação, levando em conta não apenas os interesses mercadológicos e técnicos a partir dos quais se decide o destino de vidas humanas, mas uma ética que tome, a princípio, a vida enquanto um bem absoluto. Na análise dos documentos, encontrou-se um predomínio do ensino da ética deontológica (Código de Ética Profissional), necessária, mas insuficiente para, na atualidade, atender às necessidades de formação do profissional médico. Sendo assim, os médicos acabam por ter uma formação basicamente técnica e muito pouco humanística, tornando-se muitas vezes frios e indiferentes aos sentimentos e às dores de seus pacientes, porém, por outro lado, detentores de um conhecimento científico formal muitas vezes invejável, o que acaba por lhes conferir um poder e um domínio sobre a vida. Encontrou-se igualmente um novo desenho curricular adotado pelas universidades estudadas, seguido de uma metodologia de ensino inovadora para o desenvolvimento dos temas da ética médica e bioética. Pensando, por conseguinte, num país capitalista como o Brasil, procuramos refletir acerca da formação ética do médico, sobretudo num tempo em que a medicina continua um negócio lucrativo, razão pela qual se buscou pensar o papel do professor e o sentido da sua tarefa de ensinar, no cenário atual.

Palavra chave: Bioética – Saúde – Medicina

ABSTRACT

The present study search to contemplate on the teaching of the ethics and of the bioethics in the medicine courses, as the same is meditated in the grating curriculum of three medicine courses. They are them: the Course of Medicine of the University of the West From São Paulo - UNOESTE; the course of University of Medicine of Marília - FAMEMA and the Course of Medicine of the State University of Londrina - UEL. In those grating curriculum we tried to identify how many hours they are destined her/it that ethics discipline and bioethics. We worked that theme articulating three axes: the impact of the technological progresses on the medical practice; the implications of those progresses in the relationship among doctor and patient; and finally which the possibilities the teaching of the bioethics offers to move the medical practice at the present time. In that last axis it interested to investigate us the way as the bioethics teaching has been approached above in the medicine courses mentioned. The text aims at to contemplate on the ethical challenges that the technician-scientific progresses have been putting the society and the education at the present time. Particularly in the teachers' of academical teaching formation inside of this dynamic context to the light of the medical ethics. Methods left of an analysis in the documents curriculum of the medicine courses, of the three studied universities, with emphasis to the type of ethical approach that is developed in those courses and, to lift the new challenges also put by Bioethics in the field of the Health. It was focused the new demands and your relationship with the teachers' formation that you/they act with that discipline in the medicine courses. Our perspective was of thinking the formation tends as presupposed critic to the instrument processes, to the procedures merely technicians that seem to have prevailed in Éthcs Deontológica's field in the medicine courses. Therefore it was it of thinking the formation not just taking into account the interests market's and technicians starting from which he/she decides the destiny of human lives, but we guided ourselves for an ethics that takes, at first, the life while a very absolute one. In the analysis of the documents, he/she was a prevalence of the teaching of the ethics deontológica's (Code of Professional Ethics), necessary, but insufficient for, at the present time, to assist to the needs of the medical professional's formation. Being like this, the doctors end for having a formation basically technique, and very little humanistic, becoming a lot of times colds and indifferent to the feelings and your patients' pains, but on the other hand, detainers of a knowledge formal scientific a lot of times enviable, what ends for they check them a power and a domain about the life. He/she/you also met, a new one draws curricular adopted by the studied universities, followed by a methodology of teaching innovator for the development of the themes of the medical ethics and bioethics. Thinking then at a capitalist Country like Brazil, we tried to reflect the doctor's ethical formation, above all in one time in that the medicine continues a lucrative business. Reason for the which was looked for to reflect the teacher's paper and the sense of your task of teaching in the current scenery. Reason for the which was looked for to reflect the teacher's paper and the sense of your task of teaching in the current scenery.

Key word: Bioethics - Health – Medicine

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Capítulo I

1. A racionalidade científica e os desafios éticos contemporâneos para a formação médica.....	01
1.1 Ciência e Modernidade.....	02
1.2. Os desafios éticos postos pela racionalidade científica.....	07

Capítulo II

2. Aspectos históricos da ética médica.....	11
2.1. A ética hipocrática e a deontologia médica na atualidade: algumas ressonâncias.....	
2.1. A ética médica no contexto do século XX e XXI.....	24

Capítulo III

3. Bioética: uma ética para modernidade.....	32
3.1. Alguns acontecimentos históricos e o surgimento da bioética.....	37
3.2. Referências conceituais da bioética.....	42

Capítulo IV

4. A presença da ética nos cursos de medicina em questão.....	51
4.1. O contexto da ética nos cursos de medicina.....	54

Capítulo V

5. O ensino da bioética nas faculdades de medicina.....	69
5.1. Ensino da deontologia e da bioética.....	71
5.2. Por que ensinar bioética?.....	73
5.3. Quando ensinar bioética?.....	76
5.4. O ensino da bioética e o professor de ética.....	79

Considerações Finais.....	85
---------------------------	----

Referências Bibliográficas	92
----------------------------------	----

Anexos.....	99
-------------	----

INTRODUÇÃO

A preocupação com o ensino da ética, nos cursos de medicina, é algo que nos incomoda desde os anos em que fomos docente dessa disciplina, em um curso de medicina de uma universidade privada do interior do Estado de São Paulo. Percebíamos que poucas horas da carga horária do curso eram destinadas ao ensino da ética.

A formação médica, no decorrer do século XX, foi fortemente marcada por uma visão técnica, a qual acabou se afastando dos preceitos humanistas, razão pela qual aconteceu, recentemente, a publicação das *Novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina*, pelo Ministério de Educação (MEC), especificamente no ano de 2001, que teve como objetivo traçar diretrizes para a formação de médicos com perfil humanista, generalista, crítico e reflexivo, que priorizasse a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Em decorrência, os projetos pedagógicos dos cursos deveriam se reorganizar, a fim de atender a essa determinação legal.

Assim, buscando ampliar o nosso horizonte acerca da ética nos cursos de medicina, cursamos uma pós-graduação *lato sensu* em Bioética, quando um novo questionamento passou a nos inquietar: será que não poderíamos ensinar conteúdos de bioética juntamente com os temas abordados pela tradicional disciplina de Ética Médica e Deontologia? Com isso, haveria um aumento de horas-aula, além de novas abordagens e debates bioéticos. Considerando que a prática médica atual se encontra fortemente influenciada pelas descobertas da tecnociência e da biotecnologia, isso acabou modificando o relacionamento médico-paciente, bem como se deu também a emergência de novos dilemas éticos, oriundos das possibilidades de aplicação desses recursos no campo médico. Tais dilemas ficariam, agora, a cargo das discussões no campo da Bioética, a qual tomaria como desafio promover o diálogo entre tecnologia e humanismo.

Portanto, neste estudo, nosso desafio foi o de pensar o papel do ensino da ética e da bioética, nos cursos de medicina, e como ele se encontra contemplado nas grades curriculares de três cursos de medicina. São eles: o Curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE; o curso da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina – UEL. Nessas grades curriculares, procuramos identificar quantas horas são destinadas à disciplina de ética e bioética. Buscaremos focalizar esse tema, articulando três eixos: o impacto dos avanços tecnológicos sobre a prática médica; as implicações desses avanços na relação entre médico e paciente; e, por fim, quais as possibilidades o ensino da bioética se oferecem, para se mudar a prática

médica, na atualidade. Neste último eixo, interessa-nos investigar o modo como vem-se dando o ensino de bioética, nos cursos de medicina acima mencionados, ao mesmo tempo em que tentaremos indicar aspectos relevantes no ensino de bioética, a partir do que tem sido produzido sobre o assunto.

Trata-se de tema relevante, na conjuntura atual, em razão do debate em torno da aplicação dos avanços científicos e tecnológicos no campo da medicina. Se, por um lado, houve sempre a crença de que a ciência e a técnica concorreram para o prolongamento da vida e redução do sofrimento humano, por outro, o uso adequado dos procedimentos científicos, com o intuito de ampliar o domínio sobre a vida, sempre suscitou questionamentos. Imaginemos, por exemplo, as repercussões que tiveram, no Renascimento, a dissecação de cadáveres conduzida por Leonardo Da Vinci, para nós hoje, tão necessária nos cursos de medicina e de saúde e que não nos causam nenhum tipo de espanto e indignação, como naquela época.

A ciência evolui e os valores morais e sociais nem sempre a acompanham na mesma velocidade. Muitas vezes, ficam lacunas que só poderão ser preenchidas com a reflexão ética. De qualquer maneira, os desafios, hoje, são outros. É necessário colocar em dúvida os resultados, portanto, as conseqüências advindas desses processos de intervenção científica na vida humana. Busca-se interrogar sobre seus fins e em que medida eles respeitam e promovem a vida, ainda que o promover/preservar a vida, dependendo das circunstâncias, possa ser questionado.

Dada a atualidade do tema, é preciso muita cautela, para não perder de vista as várias nuances que certamente ele comporta. Para tanto, reflete-se sobre a necessidade de distanciar-se do moralismo religioso, do cientificismo e de todo o tratamento espetacular que a mídia conferiu ao tema, despertando paixões e ressentimentos de todos os lados.

Assim, trata-se de pensar, no contexto das novas descobertas científicas, a responsabilidade e a importância da formação ética do médico, a qual, ao longo da história da medicina, tem-se dado, na maioria dos casos, no âmbito da disciplina de medicina legal ou a partir de um conjunto de normas (Código de Ética Profissional), necessário, mas nem sempre suficiente para resolver os desafios éticos contemporâneos. Percebe-se que, em muitas situações, esses profissionais possuem dificuldade em responder a dilemas éticos e morais atuais, em especial os advindos das novas tecnologias aplicadas à medicina, que, na grande maioria das vezes, não encontram respostas na lei, pelo fato de lançarem novos desafios e formas inéditas de intervenção sobre a vida. Para isso, basta considerarmos, por exemplo, as tomadas de decisões frente ao abortamento de um feto portador de anencefalia, ao tratamento

fútil, à distanásia, à redução embrionária, ao mapeamento genético, à terapia gênica, à alocação de recursos em saúde, à mãe de aluguel, à clonagem humana, dentre outros, para se verificar quão limitada é a contribuição oferecida pela ética deontológica.

Dentro dessa realidade, os médicos acabam por ter uma formação basicamente técnica, tornando-se muitas vezes frios e indiferentes aos sentimentos e às dores de seus pacientes, mesmo que sejam, igualmente, detentores de um conhecimento científico formal muitas vezes invejável, o que acaba por lhes conferir um poder e um domínio sobre a vida.

No presente estudo, temos como propósito refletir sobre a aplicação dos avanços científicos e tecnológicos, na área das ciências da saúde. Assim, o objetivo geral é pensar a importância da ética, na formação dos médicos, procurando refletir sobre os novos desafios postos à prática da medicina, na atualidade, bem como a respeito da necessidade de se reestruturar os projetos político-pedagógicos, as grades curriculares dos cursos de medicina e a escolha de uma metodologia de ensino que se ajuste aos novos tempos e demandas sociais, o que necessariamente incluirá a integração de diferentes disciplinas acadêmicas que permitam reconhecer o ser humano, em sua complexidade e totalidade.

Assim, pretendemos abordar, além do ensino da ética deontológica, o ensino da Bioética, como uma nova ética para os estudantes de medicina, para os cursos que ainda não a incluíram em suas grades curriculares e, com ela, a possibilidade de conhecer as diferentes correntes de pensadores que se debruçam sobre o conhecimento comportamental dos seres humanos, no momento em que os avanços da biotecnologia nos proporcionam recursos capazes de criar novas formas de intervenção sobre a vida, colocando em xeque práticas ou apontando para novas alternativas para a atuação médica, que podem ferir valores até então arraigados, no campo dessa prática, bem como pode conflitar com valores de natureza religiosa em defesa da vida.

Isso decorre, na maioria das vezes, do impacto que esses avanços tecnológicos provocam sobre a vida humana, principalmente ao deixar seres humanos fragilizados, por não terem domínio dos conhecimentos científicos específicos exercidos pelos profissionais da saúde e por lançá-los em situações-limite, nas quais valores primordiais, como vida e morte, passam a ser exclusivamente de domínio médico, ficando quase sempre nas mãos desses profissionais o destino e a escolha em determinar quem deve viver ou morrer.

Esses dilemas morais geram angústias e muitas preocupações, em especial no que se refere à formação do caráter, da consciência e do comportamento dos profissionais que possuem em suas mãos o destino de vidas.

Em um país como Brasil, em que o serviço público de saúde funciona de forma precária, a visão empresarial tem marcado fortemente a prática médica, de sorte que é imperioso colocar em questão a formação ética do médico, sobretudo numa época em que a medicina se tornou, para muitos, um negócio lucrativo. Esse é um ponto importante, que só vem reforçar a necessidade de se pensar, no âmbito dos processos formativos, a formação ética do médico.

Não se trata, nesta pesquisa, de endeusar ou negar a importância da tecnologia e da ciência ou de pensá-la enquanto perigosas, porém, o nosso esforço será o de refletir numa perspectiva ampla das demandas atuais, o quanto elas podem contribuir para amenizar o sofrimento humano, sem, é claro, perder de vista os riscos decorrentes do processo de tecnificação.

Assim, demonstra-se que, além da formação técnica do profissional médico, existe a necessidade de uma formação de profissionais reflexivos, aptos a lidarem com situações práticas. Por exemplo: num acidente com várias vítimas graves, qual será o critério de escolha médica para determinar, dentre os feridos, qual deles deverá ocupar o único leito da UTI disponível?

No modelo de ensino médico, eminentemente técnico, conforme descrito por Schon (2000, p.19), “[...] os médicos são supostamente treinados como biotécnicos solucionadores de problemas, através da imersão primeiramente, na ciência médica e, depois, na prática clínica supervisionada em que aprendem a aplicar as técnicas baseadas na pesquisa do diagnóstico, do tratamento e da prevenção [...]”. Sendo assim, não capacita totalmente os médicos, em suas práticas diárias, quando, além da técnica, eles necessitam de uma formação humanística para a qual se acredita que a Bioética forneça os subsídios.

Assim, o presente estudo pretende refletir sobre a importância da reformulação e atualização das grades curriculares nos cursos de medicina, inserindo a disciplina de bioética ao lado da ética deontológica clássica, bem como sobre a necessidade de capacitar professores para adquirir uma formação específica em bioética, que possa auxiliar o futuro médico a tomar decisões, diante de situações em que a vida do paciente está sob sua responsabilidade.

Em concordância com os objetivos acima postos, esta pesquisa foi desenvolvida adotando dois procedimentos básicos. Num primeiro momento, fizemos um levantamento nos desenhos curriculares de três cursos de medicina, com ênfase na inserção e distribuição dos conteúdos de ensino da disciplina Ética Deontológica e/ou Bioética, procurando responder, em princípio, em que momento da formação médica é feita a

abordagem sobre a ética e bioética, para os que já a tiverem inserido em suas grades curriculares. Buscamos identificar, por meio da análise de conteúdos ministrados nessa disciplina, o tipo de abordagem nela pressuposto. Sabemos, por experiência e atuação na área da saúde, que há o predomínio da abordagem deontológica dos conteúdos éticos nos cursos de medicina.

Para a análise da discussão acerca da Bioética na medicina, tomamos como referência José Eduardo de Siqueira (2005), Daniel Muñoz (2006) e Eduardo Marcondes (1998). Para pensarmos alguns dos aspectos do contexto atual, marcado pela racionalidade instrumental e tecnológica, fizemos uma breve retomada de Adorno e Horkheimer (1985), sobretudo da crítica que eles fazem à racionalidade científica. De Gilles Lipovetsky (2005), extraímos proposições acerca da hiper-modernidade e os desafios éticos que ela nos coloca.

A fim de concretizar este estudo, optamos por dividi-lo em cinco capítulos. No primeiro, tivemos como objetivo refletir sobre os desafios que os avanços técnico-científicos têm posto à atualidade. Buscamos pensar esses desafios a partir da crítica frankfurtiana à racionalidade instrumental, que, aliada aos interesses do mercado, tem orientado o sentido da produção científica. Fomos submetidos a um processo de cientificação representado por essa racionalidade em que todas as nossas ações políticas, culturais, educacionais se veriam subjugadas por esse processo de racionalização, que passou a exercer um profundo controle sobre nossas vidas. Se, por um lado a ciência trouxe benefícios inquestionáveis, por outro, o que presenciamos, contrariamente àquilo que foi o projeto iluminista, é a apropriação das ciências e seus resultados pelos interesses do capital, excluindo a maioria dos indivíduos de suas benesses. Esse é um capítulo teórico, em que recorreremos aos escritos de Adorno e Horkheimer, com o intuito de pensarmos as contradições inerentes aos propósitos da ciência contemporânea. Ao mesmo tempo, destacamos as dificuldades encontradas pela Medicina, ao lidar com essas novas situações para as quais não têm respostas, o que se evidencia a perda do sentido do humano e a crise do sujeito de direito, que tem forte incidência na prática da medicina, na atualidade.

No segundo capítulo, nossa intenção foi realizar uma abordagem histórica da medicina, sua finalidade e compromisso com a vida, saúde e bem-estar das pessoas enfermas. Partimos de alguns marcos históricos, como o surgimento da ética médica, desde Hipócrates, chegando aos debates postos à ética médica contemporânea, destacando suas contribuições para o campo da medicina.

O terceiro capítulo aborda o nascimento da bioética, como sendo uma ética aplicada a questões que envolvem a saúde e o bem-estar humano, pois ela leva em

consideração os avanços surgidos no campo das tecnologias, da indústria farmacêutica e da bioengenharia. Enfocamos a Bioética, como uma ética prática, cujo intuito é focalizar os dilemas éticos da modernidade.

Na abordagem do quarto capítulo, partimos do princípio de que a formação médica não pode acontecer somente através de disciplinas específicas, visto que são os conteúdos de bases humanísticas que dão sustentação aos valores morais da prática médica. Enfatizamos a importância do ensino da tecnociência, juntamente com as reflexões éticas sobre os valores sociais e individuais. Por esse motivo, nosso objetivo, nesse capítulo, foi o de analisar a presença da ética e da bioética na formação humanística do médico, como ela está inserida nas grades curriculares que se organizam para a formação dos futuros médicos.

Por fim, no quinto capítulo, analisamos como estão sendo abordados e ministrados os conteúdos da Bioética e sua relação com o ensino da disciplina de Ética Médica e Deontologia. Tecemos algumas considerações sobre o porquê de se ensinar a bioética; de que maneira e em que momento da formação médica são debatidos os dilemas éticos e bioéticos. Finalizando, fizemos algumas considerações sobre o perfil do professor de ética e os desafios postos, na atualidade, ao docente de bioética, dentro de uma nova proposta metodológica adotada pelas Faculdades de Medicina estudadas neste trabalho.

CAPÍTULO I

A RACIONALIDADE CIENTÍFICA E OS DESAFIOS ÉTICOS CONTEMPORÂNEOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

O século XX foi palco de mudanças profundas, na área social, política e científica. Várias descobertas científicas vêm alterando significativamente o agir tradicional dos profissionais de saúde e os valores quanto à saúde das pessoas. Partindo desse contexto, buscamos refletir sobre os efeitos inovadores da ciência, na saúde humana. Pensamos que esses avanços técnico-científicos trouxeram uma série de benefícios para a humanidade, porém produziram, em contrapartida, uma série de problemas que podem colocar em risco a integridade humana ou até mesmo sua sobrevivência.

Nesse sentido, algumas questões nos inquietam: quais são os fins que têm determinado e norteado a existência humana, na atualidade? De que modo a cultura da eficiência e da técnica determinam nosso presente? Quais os riscos decorrentes dessa cultura, para a sobrevivência humana? De que maneira esses aspectos da cultura contemporânea incidem no campo da formação geral e especificamente sobre a formação médica? As respostas a essas questões não são simples, visto que elas estão inseridas no amplo repertório de expectativas inauguradas com a modernidade, sobretudo no que tange à construção de seus ideais científicos e de progresso, que ainda permanece como promessa. Nessa perspectiva, vivemos uma situação paradoxal: de um lado, os avanços científicos e tecnológicos nos possibilitam um maior domínio sobre os aspectos que ameaçam a vida; por outro lado, esses mesmos avanços se tornam ameaçadores, na medida em que, por meio deles, podemos exercer um controle mais efetivo sobre o homem, sobre seu corpo, sobre suas necessidades e sobre sua liberdade.

Por essa razão, iniciamos esta discussão acerca dos desafios postos à formação médica, hoje em dia, buscando apresentar aspectos do contexto científico e cultural, que, a nosso ver, nos permitem compreender de forma mais ampla os elementos da racionalidade científica, dos ideais de eficiência e dominação da natureza humana que estão implícitos no projeto científico moderno, o qual tem seus desdobramentos para os diferentes campos das práticas humanas, entre os quais se inclui a prática médica. Para isso, recorreremos ao diagnóstico realizado por Adorno e Horkheimer (1985) sobre a modernidade e o que dela decorre para a análise do nosso presente, no que diz respeito ao predomínio da racionalidade instrumental e o modo como a esta administra a nossa vida em sociedade.

No decorrer deste capítulo retomaremos o sentido que Adorno e Horkheimer conferem à modernidade e ao seu projeto emancipatório que ainda sobrevive como promessa. Em seguida, trataremos de alguns desafios éticos desencadeados pelos avanços tecnocientíficos devidos a esses ideais modernos, sobretudo num momento em que o velho casamento entre ciência e capital atingiu sua máxima eficiência, confundindo racionalidade econômica e racionalidade tecnocientífica, pois, conforme Santos (2000, p. 292), hoje, “[...], tudo se passa como se a evolução e o sentido dessas duas racionalidades houvessem se tornado um só e único movimento que, por um lado, recusa até mesmo a idéia de qualquer limite para o capital, e, por outro, qualquer limitação ao progresso tecnocientífico”.

1.1 Ciência e modernidade

No livro *Dialética do Esclarecimento*, Adorno e Horkheimer (1985) apresentam um diagnóstico sombrio da trajetória da razão e da ciência, ao longo da história do mundo ocidental. Afirmam os autores:

No sentido mais amplo do progresso do pensamento, o esclarecimento tem perseguido sempre o objetivo de livrar os homens do medo e de investi-los na posição de senhores. Mas a terra totalmente esclarecida resplandece sob o signo de uma calamidade triunfal. O programa do esclarecimento era o desencantamento do mundo. Sua meta era dissolver os mitos e substituir a imaginação pelo saber. (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 19).

A tese de Adorno e Horkheimer é contundente. As expectativas alimentadas pela filosofia moderna, particularmente pela filosofia iluminista, segundo a qual a razão e a ciência tenderiam a conduzir a humanidade ao melhor dos mundos, não se cumpriram. Nesse diagnóstico sobre a longa trajetória da racionalidade, a própria razão é responsabilizada pelos processos de dominação. Reconhecem Adorno e Horkheimer (1985) que a expansão do conhecimento científico, que permitiu ampliar o domínio técnico sobre a natureza, acabou revertendo ele mesmo em maior domínio sobre as várias instâncias da vida, produzindo assim o que eles denominaram de sociedade administrada. Nessa “sociedade administrada”, os indivíduos perderam a autonomia e a capacidade de resistir aos mecanismos da dominação.

Adorno e Horkheimer encontram, no século XVII, as raízes do projeto científico da modernidade, portanto, de uma ciência preocupada em exercer o domínio sobre a

natureza e sobre a sociedade. Essa idéia de domínio sobre a natureza é um desdobramento do humanismo renascentista, em que o homem, na condição de sujeito do conhecimento, é capaz de determinar suas ações, sem precisar recorrer a forças transcendentais para regulá-las. Busca-se, assim, exercer um domínio sobre a totalidade do real. Para isso, ele cria instrumentos teóricos e práticos para determinar, dizer, representar o que é o real. Nesse momento, transforma-se num observador que se distancia das coisas, a fim de dominá-las. É nessa encruzilhada que vamos encontrar Bacon, que, em seu *Novum Organum*, busca construir um conjunto de regras úteis para uma investigação que proporcione um maior controle instrumental sobre a realidade. A idéia é, portanto, criar instrumentos, mecanismos que possam submeter as forças da natureza, viabilizando sua transformação. É por essa via que o entendimento vence a superstição e desencanta a natureza, confirmando a tese weberiana do “desencantamento do mundo”. Contra a metafísica religiosa, Bacon (1984, p. 13) afirma que “ciência e poder do homem coincidem”. Desse modo, caberia ao pensamento identificar a racionalidade intrínseca aos fenômenos analisados, o que iria conferir ao homem o poder de controlar suas formas de manifestação. Para Bacon (1984, p. 88), o segredo é deixar-se guiar pela natureza: “A natureza não se domina, senão obedecendo-lhe”.

Essa idéia baconiana, segundo a qual “ciência e poder do homem coincidem”, dá a tônica para todo o espírito científico que irá consolidar-se na modernidade e que, em nossos dias, foi reduzido à fórmula “saber é poder”. Desse princípio baconiano decorre, para Adorno e Horkheimer (1985), o que norteará a prática científica na modernidade, cujo interesse se volta para a compreensão das leis que regem a natureza, para melhor dominá-la e dominar o próprio homem. O que interessa, nesse caso, é encontrar os procedimentos que sejam eficazes para o exercício desse duplo domínio. Ou seja, o domínio da natureza externa e seus aspectos ameaçadores, bem como o domínio da natureza interna, portanto, de tudo aquilo que lembra em nós a nossa proximidade ao mundo animal. A luta contra esses aspectos ameaçadores internos e externos teria intensificado, ao longo da história, o cálculo sobre a vida, o qual é identificado pelos autores com a própria ciência e seus desdobramentos, na modernidade.

No século XVIII, com o Movimento Iluminista, esse ideal científico ganha novas dimensões e a crença na razão e em seus poderes emancipadores estende-se a vários campos: social, político e moral. Isso fica claramente explícito nos princípios gerais que nortearam a razão iluminista: a) tudo deve ser submetido ao crivo da razão; b) a razão deve ser crítica de si mesma; c) o conhecimento científico conduzirá a humanidade ao progresso, superando, inclusive, as desigualdades sociais.

Essa visão do conhecimento, nos termos postos pela modernidade, conferiu, conforme Adorno e Horkheimer (1985), um poder incomensurável ao homem. O mote “ciência e poder do homem coincidem” teria se transformado, atualmente, no imperativo racional “tu deves dominar”, que nos remeteria ao saber técnico. Para esse saber, o mundo, as coisas e os homens são vistos como meros instrumentos para se atingir fins estabelecidos previamente, em função do melhor domínio sobre a natureza e a sociedade. O que interessa nessa relação de dominação, portanto, é a descoberta de mecanismos que possam conduzir à produção da melhor performance no mercado. Nesse ponto, vale destacar, anuncia-se o caráter repressivo que a idéia de domínio sobre a natureza, inerente ao espírito científico, acabou adquirindo, na atualidade.

Para elucidar aqui os aspectos repressivos inerentes à racionalidade científica, lançamos mão dos argumentos desenvolvidos por Adorno e Horkheimer (1985), em *Dialética do esclarecimento*, cuja tese central gira em torno da constatação de que o progresso do pensamento, que vai do mito ao esclarecimento, em função de livrar o homem do medo diante da força ameaçadora das potências míticas, teria, no final, redundado ele mesmo em uma nova mitologia. As estratégias utilizadas para escapar ao medo acabaram adquirindo as feições de uma nova dominação. Dessa idéia anterior, em que mito e esclarecimento são identificados, os autores retiram uma outra hipótese, a de que o projeto civilizatório traz em seu bojo o anticivilizatório. Na realidade, esse constitui um dos aspectos da releitura que Adorno e Horkheimer fazem de Freud. É dessa perspectiva que Adorno retomará a tese do mal-estar na cultura, de Freud, para dizer que ela é mais abrangente, hoje, do que supunha o psicanalista, em razão dos novos mecanismos de controle e dominação. Adorno dirá mesmo que a pressão civilizatória, nos moldes contemporâneos, produziu um mundo administrado e claustrofóbico.

É possível falar da claustrofobia das pessoas no mundo administrado, um sentimento de encontrar-se enclausurado numa situação cada vez mais socializada, como uma rede densamente interconectada. Quanto mais densa é a rede, mais se procura escapar, ao mesmo tempo em que precisamente a sua densidade impede a saída. Isto aumenta a raiva contra a civilização. Esta torna-se alvo de uma rebelião violenta e irracional. (ADORNO, 1995, p. 122).

Esta idéia da claustrofobia para caracterizar a vida em sociedade, hoje, parece fazer jus à racionalidade produtivista do capitalismo contemporâneo, que nos tornou descartáveis. Se antes éramos pensados como indivíduos que podiam ser felizes ou infelizes,

justos ou injustos, agora somos classificados como úteis ou inúteis, produtivos ou improdutivos. Essa racionalidade, marcada pela competitividade do mercado, conduziu-nos à “apatia” e à “frieza”.

Todavia, voltemos à questão posta anteriormente: o que significa dizer que ciência e mitologia se identificam, em nossos dias? Primeiro, quer dizer que, se antes o homem lançava mão de histórias fantasiosas para explicar as ameaças naturais e aplacar o medo produzido por elas, em nosso tempo o homem recorre às explicações científicas em que tudo se torna possível de ser conhecido e manipulado, por causa do sentido que o sujeito do conhecimento atribui aos fatos, à natureza. A ciência, nessa perspectiva, assemelha-se ao mito, na medida em que ela tem como princípio orientador a previsibilidade. Assim como no oráculo, ela antecipa no plano das leis o que acontecerá, e cabe aos homens a adaptação à realidade dos fatos, em função da sobrevivência. Ao eliminar o incomensurável, o mundo dos objetos, dos fatos, foi reduzido às leis do pensamento, trazendo como consequência a nossa identificação imediata com a realidade e nossa conformação com ela. Nada pode ficar de fora dessa explicação, porque a razão esclarecedora do pensamento científico passou a ser onipotente. O preço a pagar por essa luta obsessiva contra o medo é a submissão à realidade. Se, na mitologia, o homem se submete ao caráter inexorável do destino, na ciência, o castigo pelo mistério desvendado é pago pela submissão às leis da natureza, aos conceitos científicos¹.

No capitalismo tardio, esses aspectos da razão repõem sob outra roupagem a dominação. Ou seja, a ciência e o esclarecimento trouxeram consigo outra forma de subjugação humana. Afirmam Horkheimer e Adorno (1985, p. 34-35):

A dominação confere consistência e força ao todo social no qual se estabelece. A divisão do trabalho, em que culmina o processo social da dominação, serve à autoconservação do todo dominado. Desta maneira, porém, o todo enquanto todo, a ativação da razão a ele imanente, converte-se necessariamente na execução do particular [...]. Aquilo que acontece a todos por obra e graça de poucos realiza-se sempre como subjugação dos indivíduos por muitos: a opressão da sociedade tem sempre o caráter da opressão por uma coletividade.

A conclusão, portanto, à que chegam os autores é a de que fomos submetidos a um processo de cientifização representado pela racionalidade científica, em que

¹ Adorno e Horkheimer (1985) irão desenvolver, no livro *Dialética do esclarecimento*, a tese de que vivemos num “mundo administrado” pelos processos de dominação instaurados com o chamado “capitalismo tardio”, baseado não mais na força e na violência física, mas na opressão anônima, exercida no âmbito da subjetividade.

todas as nossas ações políticas, culturais, educacionais estariam aliadas, ou pelo menos subjugadas, por esse tipo de racionalidade. Ou seja, vivemos num mundo dominado pela racionalidade técnica, que passou a exercer um profundo controle sobre nossas vidas. Se, por um lado, a ciência trouxe benefícios inquestionáveis, por outro, o que presenciamos, contrariamente àquilo que foi o projeto iluminista, é a apropriação das ciências e seus resultados pelos interesses do capital, excluindo a maioria dos indivíduos de suas benesses.

As conclusões a que chegam Adorno e Horkheimer (1985), nesse diagnóstico que realizam acerca da trajetória da razão e da ciência, no mundo ocidental, culminam com a constatação de que o conhecimento científico transformou-se numa arma potente de controle sobre a vida em sociedade e sobre o indivíduo. Entendem os autores que o saber científico busca garantir ao homem um domínio pleno sobre sua natureza e sobre o mundo, criou um saber que funciona de maneira paranóica, já que o mundo, os indivíduos, os fenômenos sociais somente podem ser reconhecidos e explicados a partir daquilo que as leis científicas, os conceitos, dizem deles. Nada pode escapar ao controle do conceito.

É importante ressaltar ainda que, para Adorno e Horkheimer (1985), a racionalidade científica, ou racionalidade instrumental, como eles a denominam, teria se estendido a todos os âmbitos de nossas práticas. Essa racionalidade, associada à lógica do mundo capitalista, em que o que importa é a adequação de meios a fins, tendo em vista maior eficiência e lucro possíveis, estaria presente em todas as instâncias do vivido. Nesse mundo administrado pela razão instrumental e pelos interesses econômicos em jogo, a subjetividade dos indivíduos também passa a ser afetada por esse processo. Adorno e Horkheimer (1985) focalizam uma espécie de frieza e apatia que norteia nossas ações cotidianas, decorrente da cultura do cientificismo e das práticas capitalistas, que expulsou do campo das nossas ações os sentimentos e a possibilidade de identificação com o sofrimento e dor do outro.

É nesse sentido que a ciência, ao mesmo tempo em que nos possibilita um maior domínio sobre o corpo e sobre a sociedade, cria igualmente mecanismos, modos de pensar que produzem subjetividades identificadas com esquemas prévios, com clichês que nos distanciam e, em certa medida, nos protegem contra o que é ameaçador.

Esses aspectos, rapidamente retomados do diagnóstico realizado por Adorno e Horkheimer (1985) acerca da sociedade racionalidade contemporânea, permitem-nos aproximar dos desafios que a prática médica põe àqueles que a ela se dedicam. Obviamente, a análise que os autores acima mencionados fazem do nosso presente não se aplica somente à prática médica, mas se estende a todas às práticas sociais. Ou seja, os aspectos do pragmatismo, da eficiência, da busca por resultados a todo custo, do controle sobre as nossas

ações é próprio da cultura contemporânea e, como já o dissemos, invade todas as instâncias da vida. No caso da prática médica, por lidar sempre com situações-limite, em que ciência e interesses econômicos se cruzam, parece-nos mais fácil identificar os elementos da apatia e da frieza, no trato com a vida. Assim, o corpo doente pode ser visto a partir de duas perspectivas básicas: enquanto um corpo que pode ser esquadrihado pela ciência, em seus mínimos detalhes, e um corpo que precisa de cuidados, os quais, quase sempre, estão condicionados às relações mercantis. Desse modo, trata-se de um corpo que compra serviços, portanto, tem que se submeter às relações de mercado: caso contrário, não sobreviverá.

Para além desses dois aspectos, que são os mais imediatos na relação entre médico e paciente, há outros que interferem nesse relacionamento, os quais dizem respeito aos direitos do paciente, à maneira como ele deve ser tratado, aos modos como o cuidado deve ser exercido, ao se lidar com a dor e o sofrimento de quem vive a morte no corpo. Ou, ainda, lidar com o corpo, submetê-lo a agressões em nome da “grande saúde”, da perfeição genética ou estética, parece nos colocar diante de uma racionalidade científica que tudo administra e da qual a medicina contemporânea não escapa.

1.2. Os desafios éticos postos pela racionalidade científica

Neste tópico, pretendemos evidenciar quais as conseqüências, do ponto de vista ético, acarretaria esse predomínio da racionalidade científica para o campo da medicina, enquanto lugar da aplicação de saberes científicos.

A primeira sensação que nos vem, conforme Santos (2000, p. 291-294), é a de que não temos alternativa, pois a “interpenetração entre racionalidade econômica e racionalidade tecnocientífica”, domina a todos. Seu controle parece escapar àqueles que têm o domínio da própria tecnologia. Esse fato se torna manifesto em quem a torna disponível, na geração, no uso, nos agentes econômicos, nas atividades de pesquisas, na difusão e inovação da tecnologia. Tudo isso teria produzido um novo paradigma tecnológico, baseado não mais no mero princípio do lucro, mas nas idéias de inovação que se sucedem como ondas. Essas inovações têm-se dado por meio da fusão de diversos tipos de tecnologias – e não mediante rupturas tecnológicas – que cria, a todo instante, produtos inéditos para o mercado. Além disso, haveria, segundo Santos (2000), enormes dificuldades dos concorrentes em visualizarem seus inimigos no mercado.

O que decorre de tudo isso, argumenta Santos (2000), é uma espécie de fuga das empresas sempre para frente, como garantia para a sobrevivência – a idéia de inovação ganha aspectos inéditos – tudo já nasce velho.

Essa busca desenfreada pela novidade e pela oferta da novidade nos conduz a interrogar acerca da legitimidade do progresso da ciência e da tecnologia, porque cada vez mais os efeitos negativos sobre os processos sociais e ambientais são evidentes. O que se observa é a vigência das leis da natureza, nos seres inanimados e nos seres vivos. Se, por um lado, a apropriação das leis da natureza pela máquina, enquanto um produto humano, leva à liberdade de uso dessas leis, agora o que se verifica é o movimento inverso, no qual o controlador é cada vez mais controlado. Santos (2000, p. 297) explicita:

Quando as leis da natureza assumem o máximo de controle sobre os seres e os seres assumem o máximo controle sobre as leis, rompe-se a barreira entre a humanidade do homem e a naturalidade da natureza, instaurando-se uma profunda perversão, uma inversão da relação mais elementar na qual o homem assumiria o controle das leis da natureza por meio do controle que as mesmas leis forjaram sobre a vida e o trabalho do homem; agora as leis da natureza reassumem o controle através de um processo de mecanização.

Esse processo teria conduzido, conforme salienta Santos (2000), a relação homem-natureza a uma profunda perversão, uma vez que se inverte a relação de dominação assegurada pelos avanços da ciência, na modernidade, em que o homem assumia o controle sobre a natureza e suas leis. Esse controle sobre a natureza externa tornou-se, com o processo de mecanização, o domínio da ciência sobre o próprio homem. Desse predomínio da racionalidade científica sobre a totalidade das relações entre homem e natureza e sobre as relações sociais deriva a crise de princípios morais.

Os sintomas mais evidentes dessa dominação podem ser identificados na subjugação da ciência aos interesses do mercado, cujo único critério de validação da prática baseia-se na eficiência. Desse modo, a instrumentalização da razão ocorrida com o cientificismo contemporâneo trouxe sérias implicações, tanto do ponto de vista teórico, quanto do prático. Se confirmado tal caráter subjetivista da razão, segundo Horkheimer (1976, p. 16), “o pensamento em nada pode contribuir para determinar se qualquer objetivo em si mesmo é ou não desejável”. Daqui nascem conseqüências para a ética, visto que já não haveria critérios plausíveis que nos pudessem orientar na ação, tendo em vista que não cabe mais à razão reconhecê-los, mas estes dependeriam de outros fatores externos à própria razão

envolvendo mais a escolha e a predileção, não havendo, portanto, nenhum sentido em nos referirmos à verdade, em nossas decisões práticas, morais ou estéticas.

A pergunta que nos resta fazer é a seguinte: onde se encontra o ser humano, em tudo isso? Diz Santos (2000, p. 299) que ele se refugia no egoísmo, “no desejo de expressar sua vitalidade cada vez mais ameaçada pelo avanço da dominação fundada na racionalidade tecnocientífica”. A Ética decorrente desse nihilismo seria: “engane-se, minta, escape, trapaceie, esteja em outra. Forje documentos, construa dispositivos eletrônicos aperfeiçoados na sua garagem que sejam capazes de despistar os dispositivos usados pelas autoridades” (DICK, apud SANTOS, 2000, p. 299).

O mais interessante em tudo isso é perceber que, a cada momento, se criam novas necessidades para os indivíduos e os meios para satisfazê-las. Quanto mais se busca escapar ao processo de mecanização, mais ele se intensifica. Nunca se falou tanto em ganhar tempo, como em nossos dias. Há uma cultura da necessidade de ganhar tempo, o que implica adquirir os meios e instrumentos para isso. Argumenta-se ilusoriamente que precisamos ter mais tempo, para termos mais tempo livre. Todavia, para Pelbart (2000, p. 34),

[...] quanto mais o trabalhador quer ter tempo livre e compra enghocas para poder livrar-se das tarefas que lhe tomam tempo, tanto mais tempo ele investe trabalhando para comprar essas enghocas [...]. O tempo livre virou tempo escravizado, tempo investido em ganhar tempo.

Os exemplos se multiplicam aos nossos olhos. Santos (2000, p. 300) nos chama a atenção para os desafios éticos postos pela genética, no campo da reprodução humana. O nosso desejo de ter filhos, hoje, pode ser satisfeito das mais variadas formas, com aquilo que se convencionou chamar de reprodução assistida. Podemos satisfazer esse nosso desejo lançando mão das inseminações artificiais, clonagem humana, proveta, bancos de espermas, barrigas de aluguel, pela comercialização de ovos e embriões. Inclusive podemos sonhar com o filho perfeito ou com indivíduos perfeitos, que serão menos prejudiciais à sociedade e menos caros ao Estado, já que poderemos definir o código genético da pessoa que queremos.

Embora isso possa acontecer e, em muitos casos, tem acontecido, todas essas inovações no campo da engenharia genética comportam problemas éticos. Ou pelo menos nos colocam diante de situações pouco comuns:

Na Inglaterra, uma jovem deseja conhecer a experiência da imaculada concepção porque se identifica com a Virgem Maria, enquanto um casal de

gays e um casal de lésbicas desejam construir um novo tipo de família. Na Itália senhoras de idade desejam ser mães. Clientes japoneses viajam para contratar barrigas de aluguel no exterior porque a atividade é ilegal em seu país. [...] ao mesmo tempo, disputas judiciais colocam aos juízes a responsabilidade de ter de decidir quem é a mãe: a mulher que forneceu o óvulo ou aquela que portou e pariu a criança? (SANTOS, 2000, p. 300-301).

Assim, a todo o momento, a medicina vem sendo desafiada por novas situações éticas para as quais não tem resposta. O que se evidencia, nessas circunstâncias, parece indicar a perda do sentido do humano e a crise do cidadão. Com os avanços técnico-científicos sendo incorporados à vida humana, tem sido cada vez mais difícil estabelecer limites, porque tudo se funda na realização de desejos ilimitados, orientada pelas performances do mercado.

A tecnociência fornece essa possibilidade porque o que a caracteriza é precisamente a ausência de limites, isto é, a abolição de todas as fronteiras, a abolição de todos os interditos. A tecnociência autoriza a realização dos mais loucos desejos de conquista: o desejo de tudo fazer e de tudo saber. A abolição de fronteiras surge como a transgressão do próprio humano, que se formula assim: não reconheço a ninguém o direito de deter o meu desejo, ou, pior ainda: o direito está aí para permitir a realização do meu desejo. Desabrido, desenfreado, o direito subjetivo acaba se voltando contra a própria humanidade do homem, na medida em que concede ao sujeito, no campo da tecnociência, a possibilidade de tornar-se sujeito absoluto. (SANTOS, 2000, p. 304).

Ainda que nos tenhamos ocupado, até o momento, em tratar da questão da manipulação da vida, precisamos atentar para o que decorre desse predomínio da técnica para a relação entre médico e paciente, que envolve também os elementos da bioética.

CAPÍTULO II

ASPECTOS HISTÓRICOS DA ÉTICA MÉDICA

Nesse capítulo, buscamos fazer algumas considerações sobre a história e a finalidade da medicina, procurando ressaltar sua relação com a vida, saúde e bem-estar dos pacientes. Posteriormente, procuramos apresentar os marcos históricos do surgimento da ética médica desde Hipócrates, passando pelo movimento iluminista e a ética do dever kantiano, e chegando até os dias atuais, em que destacamos as discussões em torno de uma nova ética para o agir médico.

Afirma Neves (apud MOURA FÉ, 2006, p. 24), que a medicina nasceu quando “*o primeiro ser humano se queixou de dor, a mão de alguém se estendeu para trazer alívio. Ali ocorria o primeiro ato médico. Assim, acredita-se que o nascimento da medicina tem uma ligação muito íntima com o sofrimento humano e a tentativa de minimizá-lo*”.

O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2001, p. 1877) descreve a medicina como sendo um “conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde, bem como à prevenção, tratamento e cura das doenças, traumatismos e afecções, consideradas por alguns uma técnica e, por outros, uma ciência”.

No mesmo sentido o *Dicionário Aurélio – Século XXI* ressalta que medicina vem [Do lat. medicina] e significa “Arte e ciência de evitar ou curar doença, ou de paliar seu(s) efeito(s), Sistema medicinal: e, Fig. Aquilo que remedeia um mal; socorro, auxílio”.

Assim, medicina é, ao mesmo tempo, ciência e arte que trata da cura e da prevenção de doenças, além de proporcionar a manutenção da saúde humana. Importante destacar que se entende por *saúde* não a simples ausência de enfermidades, mas o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a qual *saúde* consiste no completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Apesar de esse conceito de saúde ser recente, é oportuno salientar que, na sua origem histórica, ele tem um significado mais restrito: nasceu de maneira totalmente diferente, principalmente na Grécia antiga, por exemplo, em que *saúde* constituía a simples ausência de enfermidades. Acreditavam os gregos que as doenças eram castigos dos deuses para com os humanos e, portanto, a sua cura estava relacionada a rituais de religiosidade e magia, realizados por sacerdotes ou líderes espirituais, os quais eram tidos como “médicos”,

por possuírem uma ligação com os deuses e terem o dom de remir os pecados e restabelecer a saúde humana.

Esse entendimento de doença como maldição divina começa a ser (re)significado com a influência de Hipócrates², na Grécia antiga. Assim, a prática médica também sofre transformações, pois o médico deixa de tratar o doente como um pecador que está sendo castigado por algum deus, porém por apresentar maus hábitos comportamentais, ou seja, as pessoas ficavam doentes por influências do meio ambiente, fatores climáticos, falta de cuidados alimentares. Porém, conforme ressaltam Ribeiro Júnior e Cairus (2005), baseando-se em Pierre Pellegrin, Hipócrates não retirou a medicina das mãos dos curandeiros e religiosos, como muitas vezes se imaginou. Na realidade, a medicina baseada em observações e raciocínios que atentam para a influência do meio sobre o homem convive com a prática mágico-religiosa que antecede, inclusive, ao próprio Hipócrates.

Além de contribuir para se desvincular a medicina das práticas religiosas, Hipócrates, segundo França (2003), introduz no exercício da medicina um alto conteúdo ético, ao declarar que o diagnóstico não decorre de uma inspiração divina, mas de um juízo lógico, baseado na observação dos diferentes sintomas e manifestações do paciente. Nasce, assim, a Medicina clínica. França (2003, p.26) explicita:

Hipócrates fez com que a atenção do médico se voltasse exclusivamente para o doente e não para os deuses, abandonando as teorias religiosas e alguns conceitos filosóficos. Fez ver a necessidade e a utilidade da experimentação curativa, e passou a intervir nas fases mais precoces da enfermidade, evitando sua evolução. Em Epidemias descreveu com rigoroso caráter científico o desenrolar das doenças; em Ares, Água e Lugares, criou o primeiro tratado de saúde pública e a geografia médica; em Histórias Clínicas, trouxe à tona o valor do exame minucioso e a razão desse ato ser judicioso, solene e meditado; em Prognóstico, além de descrever a alteração do pulso e da temperatura como elementos importantes em determinados processos patológicos, relata com a mais alta precisão os ruídos auscultados nos derrames pleurais hidrogasosos, conhecidos até hoje como sucção hipocrática.

A influência científica de Hipócrates sobre a prática médica não só provocou mudanças no tratamento da pessoa doente pelo médico, como também influenciou o comportamento e a postura profissional do médico, de sorte que o Juramento Hipocrático traz regras e deveres morais que deveriam nortear a prática médica, inclusive nos dias atuais.

² Nascido na ilha de Cós, membro de uma ilustre família de médicos, produziu impressão profunda e duradoura em seus contemporâneos; sua reputação profissional era a melhor possível. As gerações posteriores consagraram-no como o “pai da medicina”.

Abaixo transcrevemos o **Juramento de Hipócrates**³ – declamado, ainda hoje, pelos formandos de medicina, no momento em que recebem o grau de médico:

[1a] Juro por Apolo médico, Asclépio, Hígia, Panacéia e todos os deuses e deusas, e os tomo por testemunhas que, conforme minha capacidade e discernimento, cumprirei este juramento e compromisso escrito: [1b] considerar igual a meus pais aquele que me ensinou esta arte, compartilhar com ele meus recursos e se necessário prover o que lhe faltar; considerar seus filhos meus irmãos e aos do sexo masculino ensinar esta arte sem remuneração ou compromisso escrito, se desejarem aprendê-la; compartilhar os preceitos, ensinamentos orais e todas as demais instruções com os meus filhos, os filhos daquele que me ensinou, os discípulos que assumiram o compromisso por escrito e prestaram juramento conforme a lei médica e com ninguém mais; [2] utilizarei a dieta em benefício dos que sofrem, conforme minha capacidade e discernimento, e além disso repelirei o mal e a injustiça; [3] **não darei a quem pedir, nenhuma droga mortal, nem recomendarei essa decisão; do mesmo modo, não darei a mulher alguma pessário para abortar**; [4] com pureza e santidade conservarei minha vida e minha arte; [5] não operarei ninguém que tenha a doença da pedra, mas cederei o lugar aos homens que fazem essa prática. [6] Em quantas casas eu entrar, entrarei pelo benefício dos que sofrem, evitando toda injustiça involuntária e outra forma de corrupção, e também atos libidinosos no corpo de mulheres e homens, livres ou escravos. [7] **O que vir e ouvir, durante o tratamento, sobre a vida dos homens, sem relação com o tratamento, e que não for necessário divulgar, calarei, considerando tais coisas segredo.** [8] Se cumprir e não violar este juramento, que eu possa desfrutar minha vida e minha arte afamado junto a todos os homens, para sempre; mas se o transgredir e não o cumprir, que o contrário aconteça. (Grifos nossos).

Analisando esse juramento, escrito por volta dos anos 400 e 300 a.C. e traçando um paralelo com os dias atuais, observa-se que o ensino da ética médica ainda se encontra fundamentado em alguns princípios da tradição hipocrática. A postura médica, até hoje, orienta-se pelas normas morais pensadas pelo mestre da Ilha de Cós, materializadas no Juramento. Esse código indica, em linhas gerais, quais procedimentos os médicos podem ou não realizar, proibindo-os, expressamente, de praticarem o aborto e a eutanásia, e de se envolverem sexualmente com suas pacientes, bem como lhes exige guardar sigilo sobre as informações obtidas no exercício profissional. Assim, conforme Ribeiro Júnior (2005), por do juramento o médico assumia perante toda a sociedade um compromisso importante, ou seja, o de ter consideração pelo doente. Ressalta ainda Ribeiro Júnior (2005, p. 157):

³ Essa versão do Juramento de Hipócrates foi retirada do livro *Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Tradução de Ribeiro Júnior. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Coleção História e Saúde), p. 151-152.

A preocupação com o bem-estar do homem transparece direta ou indiretamente em toda a coleção hipocrática, e a expressão mais representativa dessa postura eminentemente humanista se encontra nos *Preceitos: onde está presente o amor ao homem está também presente o amor à arte*.

Dessa forma, o comportamento médico também deveria estar apoiado na bondade, na caridade e na prudência. Essas virtudes, com o passar do tempo, foram incorporadas como requisitos, além de atributos necessários para os interessados em exercer a prática da medicina. A esse respeito, enfatiza Harrison (1980, p.1):

Para tratar de um doente, ele precisa de habilidade técnica, conhecimento científico e compreensão humana. Empregando estes atributos com coragem, humildade e prudência, ele proporcionará um serviço único e formará uma base sólida de seu caráter. O médico não deve pedir mais do que isso a seu destino e não deve contentar-se com menos.

Esses postulados, sem dúvida, situavam o agir médico muito próximo da cortesia e da caridade, considerando o contexto social daquela época, onde muito pouco existia de ciência, medicamentos e equipamentos, para auxiliar no diagnóstico e tratamento das doenças. Com isso, os profissionais da saúde eram dotados de limitados conhecimentos técnicos e científicos, porém com grande enfoque e preocupação ética, pois suas atitudes e comportamentos estavam regulados por um código de conduta moral. Assim, permaneceu por muitos séculos essa compreensão acerca do papel do médico e de sua relação com aqueles que dele dependiam. França, em uma palestra que proferiu durante o III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Conesul, realizado na cidade de Porto Alegre, em 2000, afirma:

A Medicina viveu ao longo de muito tempo no período hipocrático, presa aos rigores da tradição e das influências religiosas. Pode-se dizer que esta fase permaneceu por muitos séculos e se estendeu até o final dos nossos anos cinquenta. Já no século XVII e XVIII o pensamento ético se afasta da religião (Hobbes, Locke, Hume, Kant). A obra de Thomas Percival, *Medical Ethics, 1803*, tem muito da filosofia moral de David Hume.

Do final do século XVII até praticamente o final do século XVIII, após a independência americana, ocorrida no ano de 1776, e sob a influência do movimento iluminista, inaugura-se um novo tempo no âmbito da filosofia, da política e da ciência, em que se valorizam os saberes fundamentados exclusivamente na razão, em contraposição ao dogmatismo teológico que havia predominado, sobretudo na Idade Média, os quais ainda insiste em sobreviver. Abbagnano (1970, p. 509) entende o Movimento Iluminista como “a

linha filosófica caracterizada pelo empenho de estender a crítica e o guia da razão em todos os campos da experiência humana”. Destaca ainda o autor, servindo-se do filósofo Kant:

O Iluminismo é a evasão dos homens do estado de minoridade atribuível a eles próprios. Minoridade é a incapacidade de servir-se do próprio intelecto sem o guia de um outro. A eles mesmos é atribuível esta minoridade, se sua causa não é um defeito do intelecto mas a falta de decisão e coragem para servir-se como guia. *Sapere aude!* Tem a coragem de servir-te do teu intelecto! É o mote do Iluminismo. (KANT, apud ABBAGNANO, 1970, p. 509).

Da visão kantiana acerca do Iluminismo decorre uma filosofia moral. A esse respeito, Borges, Dall’Agnol e Dutra (2002, p. 22-23) explicitam:

A visão de Kant sobre o Iluminismo articula-se com sua filosofia moral da seguinte forma: o propósito iluminista é abandonar a menoridade intelectual para se pensar autonomamente. Além disso, pensar por si mesmo não significa a rigor ceder aos desejos particulares. Portanto, o iluminista não defende uma anarquia de princípios e de ação; trata, sim, de elevar a moral ao nível da razão, como uma legisladora universal que decide sobre máximas que se aplicam a todos indistintamente. Atingimos esse patamar quando verificamos a universalidade possível de nossas máximas e pensamos em nós próprios como legisladores de um reino de seres racionais.

Para esses autores, a fórmula da autonomia proposta por Kant seria o elemento que levaria o homem à maioridade trazida pelo esclarecimento. Citando Kant, Borges, Dall’Agnol e Dutra (2002, p. 22) ressaltam que deveríamos agir segundo “a idéia de vontade de todo ser racional, como uma vontade que pudesse estabelecer uma lei universal”. Não agir de acordo com as determinações externas e as paixões e sentimentos, que são próprios da condição humana, é a garantia para um agir moral. Nesse caso, a garantia da ação moral é dada pela própria razão, que deve suplantar no homem a natureza animal. Nesse sentido, na moral kantiana, conforme Matos (1997, p. 127), a razão “[...] deve ultrapassar tudo o que for sensível ou empírico. Toda ação que toma seus móveis da sensibilidade, dos desejos empíricos é estranha à moral, mesmo que tal ação seja materialmente boa”.

Essa valorização da razão, em detrimento das paixões, impregna não apenas o campo das discussões morais, nesse período, mas se estende ao campo da política e das relações sociais. Conforme esclarece Fortes (1987), após a Revolução Francesa e impulsionada pelos ideais iluministas, uma Assembléia Constituinte produziu e proclamou, em Paris, a primeira "Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão", com a finalidade de solidificar os direitos naturais, tendo como principal prerrogativa a liberdade, seguida pela

igualdade diante da lei e pela fraternidade. Mesmo tendo o homem conquistado vários direitos, isso não significaria que eles necessariamente seriam respeitados.

O que caracteriza as Luzes, além da valorização do homem já referida, é uma profunda crença na Razão humana e nos seus poderes. Revalorizar o homem significa antes de tudo encará-lo como devendo tornar-se sujeito e dono do seu próprio destino, é esperar que cada homem, em princípio, pense por conta própria. (FORTES, 1987, p. 8).

Esse cenário, em que importantes modificações sociais e políticas ocorreram, acabou por provocar ajustes inclusive na prática médica e, por conseqüência, na ética médica, a qual, além de manter os valores da ética hipocrática, incorpora critérios das éticas deontológicas que procuram determinar o que é correto – não segundo uma finalidade a ser atingida (ética teleológica⁴), mas conforme as regras em que se fundamenta a ação, uma ação médica, ou seja, agir pelo “dever” moral (ética deontológica⁵) de ser médico. Enfatiza Ribeiro Júnior (2005, p. 147): “A visão da ética na Antiguidade, no entanto, era relativamente singular e predominantemente teleológica, contendo apenas alguns traços deontológicos”. Refletimos se o agir médico e, conseqüentemente, o dever médico era apenas e tão somente um dever individual, isto é, um agir restrito às relações médico-paciente, ou se era um agir com responsabilidade coletiva – uma prática médica de cunho social.

Dentro desse enfoque, Foucault (1988, p. 79) identifica, no final do século XVIII, o nascimento da medicina como prática social. Nessa análise, o autor se contrapõe ao argumento de críticos contemporâneos, para os quais “[...] a medicina antiga – grega e egípcia – ou as formas de medicina das sociedades primitivas são medicinas sociais, coletivas, não centradas sobre o indivíduo”. Conclui-se, dessa maneira, que a medicina grega era coletiva e social, mas interessa a Foucault (1988) saber se a medicina científica, nascida no final do século XVIII, é ou não individual. Foucault (1988, p. 79) interroga: “Pode-se dizer [...] que a medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado?” Ao responder a essa pergunta, dirá que, com o capitalismo, teria acontecido o contrário, quer dizer, que a medicina moderna é social, pois tem como suporte uma tecnologia do corpo social. Há, nessa medicina, um aspecto individualista, na medida em que valoriza a relação médico-paciente, porém o que predomina, a partir do final do século XVIII e início do século

⁴ Em filosofia, considera-se ética “teleológica” aquela que julga a retidão de uma ação totalmente dependente de sua provável eficácia para atingir uma finalidade boa ou, direta ou indiretamente, o máximo bem.

⁵ Ética “deontológica”, em certa medida, é aquela que considera uma ação correta ainda que não decorra de uma boa motivação do agente (RIBEIRO JÚNIOR apud RUNES, 1983).

XIX, é o controle da sociedade sobre o corpo, o qual não se dá mais a partir de um conjunto de idéias, como aconteceu na Idade Média, mas por meio da intervenção do Estado sobre o corpo biológico. Nesse momento, a medicina aparece como “uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1988, p. 80), portanto, vinculada aos interesses do Estado, o qual passa a normatizá-la e a regulamentá-la, em função de poder exercer maior controle sobre a população e sobre as epidemias.

Nesse sentido, o agir médico possuía uma estreita relação com o momento histórico. Várias descobertas científicas estavam ocorrendo. Noções de anatomia e fisiologia humana, a partir das dissecações de cadáveres, começam a fazer da medicina uma prática mais científica e menos artesanal e religiosa. Novas doenças começaram a surgir, como a hanseníase, a tuberculose, a malária, a peste, entre outras, exigindo assim que o exercício da medicina se adequasse a esse momento histórico e, por conseguinte, a ética médica procurava acompanhar, na medida do possível, essa evolução entre doenças, tratamentos e saúde humana.

Foucault (1988) entende que o surgimento da medicina social não se deu, num primeiro momento, em razão das mudanças ocorridas nas relações de produção com o capitalismo:

É verdade que o corpo foi investido política e socialmente como força de trabalho. Mas, o que parece característico da evolução da medicina social, isto é, da própria medicina, no Ocidente, é que não foi a princípio como força de produção que o corpo foi atingido pelo poder médico. Não foi o corpo que trabalha, o corpo do proletário que primeiramente foi assumido pela medicina. Foi somente em último lugar, na 2ª metade do século XIX, que se colocou o problema do corpo, da saúde ao nível da força produtiva dos indivíduos. (FOUCAULT, 1988, p. 80).

Foucault (1988) conclui que, grosso modo, a formação da medicina social se deu em três etapas, a saber: primeiramente na Alemanha, a medicina de Estado; na França, a medicina urbana; e, finalmente, na Inglaterra, o que chamou de medicina da força de trabalho ou medicina social.

Para Foucault (1988, p. 82), “desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo⁶”. Assim, as nações começam a se preocupar com a questão sanitária,

⁶ Para Foucault (1988, p. 87), por mercantilismo se entende “[...] uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí,

muitas iniciando pelo controle de natalidade e mortalidade, sem elevar o nível de saúde de sua população.

Ainda seguindo Foucault (1988), de uma maneira sucinta, podemos afirmar que a medicina estatal praticada pelos alemães possuía um poder, porque a força vinha do Estado. Conclui que o exemplo da Alemanha é importante por mostrar como, de maneira paradoxal, se encontra no início da medicina moderna, o máximo de estatização. Afirma que desses projetos desenvolvidos pelos alemães nenhum outro Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionalizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época.

A França também se lançou na implantação de uma medicina social que foi chamada de medicina urbana, com base em vários fatores, dentre os quais se destacam as razões econômicas e políticas. As primeiras, em virtude do crescimento das cidades e por se tornarem um importante centro de mercado, que unifica as relações comerciais. As últimas, atreladas ao desenvolvimento das cidades, com a emergência de uma população operária pobre que se vai tornar, segundo Foucault (1988), o proletariado, aumentando as tensões políticas no interior da cidade. Todo um movimento de revolta social ocorria, tanto com os mais pobres, que não possuíam recursos para sua subsistência, quanto com os camponeses, com os altos preços dos impostos e as más colheitas. Nas cidades, passa a desenvolver-se uma atitude de medo, de angústia, denominado por Foucault (1988) de “medo urbano”, medo das fábricas, das oficinas, do amontoamento da população, do grande número de população, das epidemias urbanas, dos cemitérios, os quais se tornam cada vez mais numerosos e invadem as cidades. Foucault (1988, p. 87) cita Cabanis, um “[...] filósofo do final do século XVII, que dizia, por exemplo, a respeito da cidade: Todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde”.

Para ilustrar esse “medo urbano” mencionado por Foucault (1988), ele nos traz o exemplo do “Cemitério dos Inocentes”, que existia no centro de Paris, onde os cadáveres daqueles que não eram ricos ou notáveis eram jogados uns sobre os outros:

O amontoamento no interior do cemitério era tal que os cadáveres se empilhavam acima do muro do claustro e caíam do lado de fora. Em torno do claustro, onde tinham sido construídas casas, a pressão devido ao

estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros”.

amontoamento de cadáveres foi tão grande que as casas desmoronaram e os esqueletos se espalharam em suas *caves* provocando pânico e talvez mesmo doenças. Em todo caso, no espírito das pessoas da época, a infecção causada pelo cemitério era tão forte que, segundo elas, por causa da proximidade dos mortos, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia, etc. Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano. (FOUCAULT, 1988, p. 87).

Frente a esse cenário, as autoridades médicas e políticas lançaram mão de um modelo de intervenção que, segundo Foucault (1988), era muito bem estabelecido, mas raramente utilizado: o chamado modelo médico e político da quarentena, ou seja, um regulamento de urgência que devia ser aplicado, quando a peste ou uma doença epidêmica aparecesse em uma cidade.

Foucault (1988) relata que esse regulamento foi um sonho político-médico, porém, que só teve resultado objetivo nos casos de lepra e de peste, porque o mecanismo era a exclusão das pessoas doentes para a purificação do espaço urbano, quer dizer, fazia-se uma medicina de exclusão; de acordo com Foucault (1988, p. 88): “[...] o próprio internamento dos loucos, malfeitores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema”.

Em síntese, para o autor, a medicina urbana fundamentava-se basicamente em; a) analisar as regiões de amontoamento, de confusão e perigo no espaço urbano; b) controlar a circulação, não só dos indivíduos, mas também das coisas como elementos essenciais, como a água e o ar; e c) a organização do que chamou de distribuições e seqüências, isto é, evitar a contaminação das águas, considerada a principal causa de doenças epidêmicas. Foi por intermédio da medicina social urbana que a prática médica entrou em contato com outras ciências, dentre as quais, conforme destaca Foucault (1988), a química.

Assim, quanto à medicina social urbana, encontrava-se muito mais fundamentada na origem de uma prática coletiva do que individual:

A passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância urbana. (FOUCAULT, 1988, p. 92).

Por fim, Foucault (1988) descreve a terceira dimensão da medicina social, que, segundo ele, foi o modelo que teve futuro, diferentemente dos dois outros modelos anteriores, ou seja, da medicina urbana e da medicina de Estado. Foi um modelo criado e

desenvolvido pelos ingleses, então denominado de medicina da força de trabalho ou medicina social.

O sistema inglês de Simon e seus sucessores possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. E, por outro lado, a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava a quem tinha meios para pagá-la. (FOUCAULT, 1988, p. 97).

Esse modelo de prática médica perdurou por todo século XIX e primeira metade do século XX, de sorte que seria oportuno questionar se não estariam presentes os fundamentos da medicina social inglesa ainda neste início de século XXI, mesmo se constatando que a prática médica atualmente se encontra concretamente regida pelos interesses de empresas de saúde.

Com toda transformação por que passou e ainda passa a medicina, é possível verificar que alguns dos princípios hipocráticos continuam presentes e embasando o comportamento médico. Apesar de terem surgidos há mais de dois mil anos, valores como bondade, caridade, humildade, solidariedade, amor ao próximo ou compaixão ainda estão presentes na base do exercício médico atual. Talvez fosse correto afirmar que são valores universalizáveis, de maneira que estão no fundamento de uma prática médica correta e boa.

Independentemente de ter a medicina um compromisso individual ou com toda a coletividade, a ética médica ainda está amparada em pilares de bom comportamento deixados por Hipócrates, na Grécia antiga. O juramento hipocrático ainda está presente em muitas das solenidades de colação de grau médicas, que professam praticar uma medicina cujo fundamento moral e ético é agir em benefício dos que sofrem e jamais provocar-lhes algum dano. O médico que assim não proceder corre o risco de sofrer sérias sanções administrativas, podendo chegar até mesmo à cassação do direito de exercer a medicina.

2.1. A ética hipocrática e a Deontologia Médica na atualidade: algumas ressonâncias

Salientam Hottois e Parizeau (1993, p. 127): “Os valores e princípios expressos neste texto original são: a fidelidade (para com os mestres e, portanto, para com a tradição corporativa); o serviço do doente; o bom uso dos conhecimentos (em primeiro lugar,

não causar dano e, se possível, fazer o bem; nunca lesar nem destruir uma vida humana); o segredo e a discrição”.

Assim, conclui-se que muitas dessas regras morais, apesar de antigas, ainda se fazem presentes na atualidade, impondo um dever moral ao médico, ou seja, o de agir sempre em benefício de seu paciente e nunca lhe causar danos; não praticar aborto nem eutanásia e manter sigilo de fato que soube pelo seu exercício profissional. Não só os princípios denominados de “beneficência” (agir em benefício de seu paciente) e “não-maleficência” (nunca lhe causar danos) estão incorporados no código de ética médica atual (editado e publicado pelo Conselho Federal Medicina - Resolução CFM nº. 1.246, de 8 de janeiro de 1988, em Anexo), como também não praticar aborto, nem eutanásia e manter sempre o segredo profissional. Destacamos, abaixo, com grifo e negrito, certos valores contidos no Juramento Hipocrático, que se encontram presente ainda hoje no agir médico.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.246, DE 8 DE JANEIRO DE 1988

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção 1, p. 1574-7

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em **benefício** da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Art. 6º - O médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, **atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.**

Art. 11 - **O médico deve manter sigilo** quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade.

CAPÍTULO III - RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 42 - Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou **proibidos pela legislação do País.**

CAPÍTULO V - RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

É vedado ao médico:

Art. 66 - **Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal.**

CAPÍTULO IX - SEGREDO MÉDICO

É vedado ao médico:

Art. 102 - Revelar o fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente.

Parágrafo único - Permanece essa proibição: a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido.

b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.

Art. 103 - Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente. (Grifos nossos)

Foi com o movimento iluminista que emergiu uma ética baseada fundamentalmente em deveres, como é o caso da ética deontológica, proposta por Kant, que passa a influenciar fortemente o agir médico. É importante ressaltar que, se, num primeiro momento, parece haver um conflito entre a ética hipocrática e a ética deontológica de inspiração kantiana, a primeira baseada, em grande medida, numa ética das virtudes, e a segunda numa ética do dever pelo dever, esses elementos conflitantes vão aparecer, agora, no estatuto dos deveres médicos. Esses deveres vêm elencados explicitamente, na forma de normas legais a serem cumpridas, passando a receber o nome de Deontologia Médica, a qual é definida por Hottois e Parizeau (1993, p. 126) como sendo

[...] uma ética especial adaptada às condições de exercício de uma profissão, no caso concreto a medicina. É uma ética profissional que se aplica aos indivíduos apenas na medida em que exercem uma determinada profissão e que têm, nesse quadro, obrigações, responsabilidades e direitos. A deontologia deve garantir o bom exercício de uma prática profissional, tendo em conta a sua inserção no seio de uma sociedade que é, ela própria, globalmente regulada pela moral, as leis, o direito.

Essa organização profissional da medicina que seguia princípios científicos, no entender de Hottois e Parizeau (1993, p. 127), “[...] não é anterior ao século XIX”, mas “o primeiro código autêntico de deontologia médica foi aprovado pela American Medical Association em 1847, inspirava-se amplamente numa obra redigida em 1803, por um médico inglês, T. Percival: *Medical Ethics. A code of Institutes and Precepts adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*”.

Afirma Neves (2006, p. 42): “O mais antigo Código de Ética Médica conhecido é o tradicional Juramento de Hipócrates, apesar dos seus 25 séculos, os princípios nele contidos permanecem vivos até hoje e tem uma representação simbólica muito grande”. Neves (apud MARTIN, 2006, p. 42) faz referência à existência do primeiro código de ética médica:

[...] no começo do século XIX Thomas Percival (1803- 1827) produziu o primeiro código de Ética Médica, motivado pelo clima de tensão e briga no meio hospitalar e na tentativa de amenizar este ambiente de trabalho. Este primeiro código tenta superar conflitos profissionais, moralizar a profissão e a formação do caráter dos médicos novos. Percival persistiu na idéia de que o médico deveria ser um cidadão virtuoso, cortês, um verdadeiro gentleman. O código de ética de Thomas Percival (1803) destinou-se a guiar os membros das profissões de saúde de Manchester e é considerado mais como um guia de comportamento social propriamente dito, do que uma orientação sobre princípios básicos de moral.

Na citação acima, percebemos que existe uma grande influência dos princípios hipocráticos sobre o agir médico, isto é, o médico deveria ser um cidadão virtuoso, cortês, sendo o código muito mais um guia de como deveria o médico se comportar do que uma orientação sobre uma ação moral.

Hottois e Parizeau (1993, p. 172) escrevem: “O Juramento de Hipócrates não evoca o princípio, hoje em dia fundamental, do consentimento do doente”, pois o mesmo conserva uma conduta paternalista (os médicos pretendiam o bem dos seus doentes) e não consideravam a vontade dos doentes, ou seja, a autonomia dos pacientes em decidir o que queriam para sua vida. Essa nova atitude dos doentes recebe o nome de “Consentimento Livre e Informado”. Para os mesmos autores (1993, p. 127), o Consentimento Livre e Informado

[...] não se faz presente também no Juramento de Genebra que foi aprovado em 1948 pela Associação Médica Mundial e que substituiu, desde então, o Juramento de Hipócrates, considerado anacrônico por uma medicina científica que, no entanto, conserva os seus valores e princípios de base. Esse novo texto contém a marca de uma sensibilidade geral ao espírito dos Direitos do Homem e de uma acentuação mais forte do espírito associativo.

Com o Juramento de Genebra, busca-se iniciar o novo médico na profissão médica:

Assumo o solene compromisso de consagrar a minha vida ao serviço da humanidade; Terei pelo meus mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos; Exercerei a minha arte com consciência e dignidade; Encararei como primeira preocupação à saúde do meu doente; Respeitarei o segredo de quem se confiar a mim, mesmo depois da morte do doente; Preservarei, na medida dos meus meios, a honra e as nobres tradições da profissão médica; Os meus colegas serão meus irmãos; Não permitirei que considerações de religião, de nação, de raça de partido ou de classe social se interponham entre mim e o meu doente; Conservarei um respeito

absoluto pela vida humana desde o seu começo, mesmo sob ameaça, e não utilizarei os meus conhecimentos médicos contra as leis da humanidade; Faço estas promessas solenemente, livremente, pela minha honra. (HOTTOIS; PARIZEAU, 1993, p. 128).

Em síntese, concluem Hottois e Parizeau (1993), o Juramento de Genebra preconiza deveres gerais dos médicos, os deveres para com os doentes, os deveres para com os colegas e, o que possui de mais significativo, é que o exercício da medicina nunca deve ter como finalidade única o lucro. Esse código foi revisto em 1968 e em 1983, mas conserva a tradição deontológica, que, segundo Hottois e Parizeau (1993, p. 128), “[...] consiste essencialmente em formular os *deveres dos médicos* e não os *direitos dos não médicos* (especialmente os doentes)”.

O exercício da medicina e, conseqüentemente, o agir médico continuam passando por transformações, principalmente por sofrer, no final do século XX e início do século XXI, interferências das descobertas ocorridas com as bioengenharias e biotecnologias, na vida humana. Mesmo assim, no código de ética médica atual, ainda encontramos resquícios da tradição hipocrática. Assim também entendem Segre e Cohen (1999, p. 30), os quais declaram: “Os códigos de ética médica adotados no Brasil caracterizam-se por representar uma mescla de código de moral – que de alguma forma amplia e define a doutrina hipocrática – com código administrativo – que regula com precisão muitos aspectos práticos da profissão”.

2.2. A ética e a ética médica no contexto do século XX e XXI

Vasquez (2000, p. 23) define a ética nos seguintes termos: “A ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é ciência de uma forma específica de comportamento humano”. Desse modo, a ética médica reflete acerca dos valores que norteiam o exercício da medicina.

Borges, Dall’Agnol e Dutra (2002) acrescentam que a ética, além de ser uma disciplina, propõe-se compreender os critérios que orientam o julgamento da ação humana, de modo a apontar o que é moralmente errado ou correto. Classificam a ética em três campos principais de estudo: meta-ética, aquela que investiga a natureza dos princípios morais; ética normativa, aquela que estuda as correntes de determinação daquilo que é correto; e ética aplicada, aquela que busca a aplicação de princípios extraídos da ética normativa para a resolução de problemas.

Os mesmos autores dividem a ética normativa em duas categorias: ética teleológica e ética deontológica.

A primeira determina o que é correto de acordo com uma certa finalidade (*télos*) que se pretende atingir. Suas duas subdivisões principais são: a *ética consequencialista*, que se baseia nas consequências da ação, e a *ética de virtudes*, que considera o caráter moral ou virtuoso do indivíduo. A *ética deontológica* procura determinar o que é correto, não segundo uma finalidade a ser atingida, mas segundo as regras e as normas em que se fundamentam a ação. Uma das correntes mais importantes da ética deontológica é a *ética kantiana* ou *ética do dever*. (BORGES; DALL'AGNOL; DUTRA, 2002, p. 8).

Para Borges, Dall'Agnol e Dutra (2002), a ética deontológica também é denominada de “não-consequencialista”, pois não se preocupa em analisar as consequências de uma ação ou comportamento, além de não interferir no julgamento moral sobre as ações ou as pessoas. Aquilo que é moral ou imoral decide-se com respeito a outros padrões, porém que não sejam as consequências da ação, o que corresponde à ética kantiana.

A *ética do dever*, iniciada por Kant, pretende discriminar as regras do que é certo ou errado moralmente, utilizando uma noção chamada *imperativo categórico*, segundo a qual a ação é moral, se a regra da ação puder ser tomada como regra universal, ou seja, se puder ser observada e seguida por todos os seres humanos, sem contradição. Tomemos, por exemplo, alguém que mente para se esquivar de uma situação embaraçosa. Poderia essa pessoa desejar que todos mentissem nessa mesma situação? (BORGES; DALL'AGNOL; DUTRA, 2002, p. 12).

Nesse sentido, concebemos a ética médica como sendo uma ética deontológica, uma vez que, por uma vertente, determina deveres e princípios morais a serem cumpridos pelo médico, mas, por outra, esses deveres são restritos a uma determinada categoria profissional, a saber, médicos. Portanto, esses deveres e princípios não poderiam ser universalizáveis para todos os seres humanos, porém seriam universais com respeito à categoria médica, visto que a prática médica ainda se encontra ligada ao Juramento Hipocrático. Vale destacar, conforme mencionamos acima, que a ética deontológica que orienta a prática médica congrega em si elementos tanto da ética hipocrática quanto elementos de uma ética do dever.

O modelo hipocrático nos leva a pensar sobre um misto de condutas e comportamentos, porque, ao mesmo tempo em que exigia um profissional bondoso, caridoso, impunha a eles (médicos) o cumprimento de regras e normas inflexíveis.

[...] esse modelo consistia numa avaliação sobre determinada conduta, o que certamente lhe deixava com poucas opções, pois o médico virtuoso era aquele que sempre acatava os ditames preconizados nas regras inflexíveis do julgamento hipocrático. Neste estágio, a vinculação da Medicina com a Filosofia era de tal ordem que foi preciso reencontrar sua independência justificando o caráter experimental e circunstancial do exercício da profissão. Mesmo assim essa ética hipocrática permaneceu quase inteira a ponto de interferir em todos os Códigos de Ética e nas Declarações de Princípios adotados no mundo inteiro e que se tem conhecimento até o fim da década de 60, apenas com algumas atenuações dos rigores morais mais históricos. (FRANÇA, 2007).

O século XX trouxe, para a prática médica, importantes descobertas científicas. Foi por volta dos anos 60, que o DNA humano foi decodificado, tendo ocorrido também a criação da primeira máquina para Diálise Peritoneal, a qual trouxe benefícios para alguns pacientes com problemas renais. Ocorreu inclusive o primeiro transplante cardíaco, em 1967, realizado pelo Dr. Christian Barnard, na África do Sul.

No prefácio do livro de França (2002), *Comentários ao Código de Ética Médica*, Ivan de Araújo Moura Fé enfatiza:

As notáveis conquistas da ciência, por sua vez, trouxeram para o cotidiano médico possibilidades com as quais, até há pouco, os galenos sequer poderiam sonhar. Tornaram possível livrar o ser humano de doenças que o afligiram durante milênios, aumentaram significativamente a vida média das populações e abriram perspectivas, nos campos preventivo e curativo, que enobrecem aqueles que fazem o labor científico o seu mister. Os transplantes de órgãos, por exemplo, permitiram que, na feliz expressão de Giovanni Berlinguer, a própria morte pudesse tornar-se vida. Igualmente, a engenharia genética e as técnicas de reprodução assistida abrem sendas muito promissoras na luta pela saúde. Estes avanços, porém, também podem significar comércio de órgãos, aluguel do útero ou inusitadas experiências de hibridização. Semelhante compreensão dos fatos faz com que tenhamos que recolocar em discussão o tema da finalidade e dos limites da ciência, acentuando uma vez mais, como princípio axial, que o saber médico deve ser posto a serviço da saúde e da dignidade do ser humano, preservando sua integridade e sua liberdade.

Esses avanços, ocorridos na ciência médica, acabaram por provocar questionamentos acerca dos valores humanos fundamentais, dentre os quais a liberdade que pode estar sendo modificada, sobretudo quando tomamos por base os princípios que norteavam a prática médica, na era hipocrática, e que ainda hoje estão em vigor.

Na Antiguidade, o médico é visto como o único possuidor do conhecimento e, por conseguinte, o único capaz de decidir sobre o que era melhor para a saúde e para a vida de seu paciente, não dando oportunidade para que este fizesse suas próprias escolhas. A essa

prática médica se denominava “paternalismo”⁷, ou seja, a atitude médica, por vir de quem detinha o conhecimento, a única a ser seguida e jamais questionada ou debatida, era como uma ação de “pai” que sabe o que é melhor para seu “filho”, que está sendo substituída pela autonomia, por meio da qual, após ter o paciente recebido todas as informações necessárias sobre sua enfermidade e sugerido pelo médico o tratamento, ele (o paciente) escolhe o que quer para sua vida.

Assegura-se, assim, a liberdade de escolha do paciente com relação a sua doença e seu bem-estar.

Ao longo da história da ética médica, os princípios de não-maleficência e de beneficência ordenaram as bases para a relação paternalista do médico com o paciente. A moral do paternalismo médico começou a ser discutida com a crescente valorização da autodeterminação do indivíduo. E ainda hoje constitui uma questão em aberto na ética aplicada. (ALMEIDA, 2000, p. 29).

Esse comportamento médico paternalista, em virtude dos avanços e interferência da biotecnologia, na vida humana, é questionado atualmente. O que se observa é que essa prática médica paternalista está sendo substituída por uma relação médico-paciente baseada na autonomia do indivíduo, ou seja, o paciente sai de uma condição passiva, em que simplesmente recebe sem questionar as condutas médicas, para uma relação ativa, autônoma, permeada pelo diálogo, em que os pacientes reivindicam o direito de saber o porquê de todos os procedimentos de que são objeto, e estão atentos a eventuais manifestações de falta de zelo profissional. Isso se encontra materializado, hoje, através dos termos de consentimento⁸.

Salienta França (2007):

A Ética Médica mais tradicional foi sendo deixada de lado quando se tinha de decidir sobre algo tão complexo e premente, e quando uma maior capacidade técnica de resolução gerava mais desafios àquela ética convencional. Precisamente nos anos setenta, começou-se a desenvolver a chamada *teoria de princípios*, onde se preconizava a *beneficência*, a *não*

⁷ Almeida (2000, p. 29) esclarece que “no âmbito legal, o paternalismo tem sido definido como uma coerção do Estado, através de leis que interferem nas liberdades de ação dos indivíduos. Essas leis podem ser justificadas pelos argumentos do bem-estar, da felicidade, das necessidades ou dos valores das pessoas. O paternalismo médico, por sua vez, pode ser definido como a conduta que tem por intenção beneficiar o paciente sem o seu consentimento. Um ato paternalista pode, também, estar relacionado à omissão ou mesmo à distorção das informações, com o objetivo de não causar ao paciente sofrimento psicológico.”

⁸ Clotet (2000, p. 13) afirma que o consentimento informado é uma condição indispensável da relação profissional-paciente e da pesquisa com seres humanos. Trata-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas conseqüências e dos seus riscos.

maleficência, a autonomia e a justiça, sempre baseada num raciocínio de que se um ato tem consequência boa e está ajustado a uma regra, ele é eticamente recomendável.

Com tanta manipulação e interferência na vida humana, através da biotecnologia⁹ e bioengenharia¹⁰, questiona-se se não estaria a humanidade fragilizada e à mercê somente da ciência, e se não estaríamos por correr o risco da extinção da espécie humana, pois, ao se conhecer as regras de sua construção, os organismos naturais se tornam objetos disponíveis e manipuláveis. Para Zuben, (2006, p.18),

[...] com o processo de seqüenciamento e decodificação do genoma e do proteoma humanos, a humanidade passa o limiar de um período de intensa excitação na sua história científica. O que se conquistou em conhecimentos nas últimas décadas é bem superior àquilo que foi obtido nos últimos séculos. Qualquer decisão tomada será determinante para o futuro próximo. Descobertas e inovações proporcionam um enorme aumento de poder que os humanos sem hesitar assimilam.

Frente a esses avanços da biotecnologia e suas repercussões, na vida humana, pergunta-se se valores primordiais, como vida, liberdade, dignidade, os valores atribuídos ao bem e ao mal; os conceitos de ética e moral, não estariam em transição. É importante destacar que, nesse caso, não são os conceitos de ética e moral que estão em transição, mas sim os valores que norteavam as práticas científicas no campo da medicina, os quais começam a ser questionados.

Comenta Russ (apud JONAS, 1999, p. 45) esse vazio ético, que é nosso, essa ausência de todo fundamento: “Agora estremecemos no desnudamento de um niilismo, no qual o maior dos poderes acopla com o maior vazio”.

⁹ Deve-se entender a biotecnologia, segundo alguns autores, como o conjunto de técnicas que permitem isolar células (animais ou vegetais, ou microorganismos), possibilitando sua utilização para obtenção de produtos ou para catalisação de reações químicas. Se isso é dizer muito, não é dizer tudo. Podemos conceber a biotecnologia como toda metodologia que utilize técnicas de manejo de organismos vivos ou algumas de suas partes, com a finalidade de obter bens e serviços que satisfaçam as mais diversas necessidades humanas. Quando as técnicas são empregadas para manipular partes do genoma (separar, copiar, duplicar, modificar), fala-se de engenharia genética. Sua base científica reside na biologia molecular (BURILLO, 2000).

¹⁰ Designação genérica de técnicas que visam a realçar certos traços genéticos de seres vivos, com o objetivo de desenvolver espécies mais úteis para certas finalidades (cultivo agrícola, por exemplo) ou mais resistentes aos ataques de pragas ou à hostilidade do meio. Aplicação da engenharia à adaptação de equipamentos às necessidades dos organismos vivos (em geral, humanos), e que visa, por exemplo, a criar sistemas de proteção à vida para missões submarinas e espaciais, aparelhagem para substituir ou complementar, temporária ou permanentemente, a função de um órgão, instrumental para monitorizar funções biológicas várias, como circulação e respiração etc. (*Dicionário Aurélio – Século XXI*).

Ao buscar pensar essa questão – esse “vazio ético”, essa suposta perda de referências morais, esse desconhecimento e essa insegurança nos fundamentos de uma teoria ética, Russ (1999) prossegue:

A crise dos fundamentos que caracteriza todo nosso universo contemporâneo, crise visível na ciência, na filosofia ou mesmo no direito, afeta também o universo ético. Os próprios fundamentos da ética e da moral desapareceram. No momento em que as ações do homem se revelam grávidas de perigos e riscos diversos, estamos precisamente mergulhados nesse niilismo, essa relação com o nada, da qual Nietzsche foi, no século passado, o profeta e o clínico sem igual. O que significa niilismo? Precisamente que todas as referências ou normas da obrigação se dissipam, que os valores superiores se depreciam. O niilismo designa o fenômeno espiritual ligado à morte de Deus e dos ideais suprasensíveis. É nele que se origina a crise atual da ética, nele que entram em gestação os novos valores da modernidade. (RUSS, 1999, p.10-11).

Nessa perspectiva, estaríamos vivendo, conforme sugere La Taille (2007), “*não uma crise ou ausência de valores, mas valores em crise*”¹¹, ou seja, valores, que antes sustentavam as práticas científicas na medicina, são substituídos por outros ou, no limite, estão sendo questionados e se encontram em transição. Por essa razão, impõe-se a necessidade de pensar se as descobertas científicas estariam a exigir um renascimento da ética, principalmente da ética médica, visto que esses profissionais possuem o conhecimento científico, portanto, o poder de decidir com relação à saúde e o bem-estar de seres humanos. Questiona-se se não estaria sendo passado ao médico o destino de vidas, por ser de sua competência determinar quem deve viver ou quem deve morrer.

Destaca Russ (1999, p.13) que o enfraquecimento do sentido dos valores influencia o agir médico atual, que não mais encontra fundamento ético e moral; o autor conclui que a ética hoje se encontra abalada no próprio ponto de partida de seu exercício, e faz uma proposta de renascimento de uma ética, partindo da morte na qual se enraíza a ética do futuro e que “é nesse topo do vazio que nasce a ética contemporânea, a do nosso tempo”. Dentro desse contexto, onde não se encontram claramente definidos os valores éticos, a

¹¹ Essa idéia é uma provocação que a Professora Maria Suzana de Stefano Menin faz ao Professor Yves de La Taille, que a comenta em um breve texto e a lança como desafio para as reflexões que nortearão o Congresso do Norte-Nordeste de Psicologia, em 2007, que aconteceu em Maceió, AL. O desafio lançado pela Professora Suzana ao Prof Yves nasce da seguinte pergunta: “Estamos vivendo hoje uma crise de valores ou os nossos valores estão em crise?”. Retomamos aqui essa pergunta-desafio, pois ela traduz perfeitamente os desafios que são postos ao campo da Bioética, na atualidade. Afinal, estamos vivendo uma crise de valores ou os nossos valores é que estão em crise?

bioética constitui um instrumento que auxiliaria na reflexão e na construção de novos modos de agir.

Ao mesmo tempo em que se assiste, talvez, a essa perda de referências dos valores individuais e sociais, Gallo (2006) entende que, nas últimas décadas do século XX, houve uma elevação da ética, porque a todo o momento e em quase todos os segmentos da sociedade se discute ética, isto é, ética na política, ética no meio ambiente, ética nos negócios, ética na saúde e, até mesmo, ética nas pesquisas. Gallo (2006) menciona um programa da TV Cultura, produzido no início dos anos 1990, intitulado “Ética: alguém viu por aí?”, o qual tratava do tema da ética no universo social brasileiro, em que se evidenciava uma suposta “falta de ética” existente nos anúncios para vendas de imóveis e automóveis, alertando ainda para atitudes que as pessoas tinham, denunciando uma tremenda falta de ética, quando iam ao supermercado comerem e beberem produtos sem pagar, com menção à famosa “Lei de Gérson” e o “jeitinho brasileiro”.

Especificamente no campo da educação, Gallo (2006) atesta que, num congresso em 1994, promovido pela Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd), o tema “ética” entrou em debate e, desde então, passou a fazer parte em quase todos congressos de educação. Menciona que, no âmbito das políticas públicas, os *Parâmetros Curriculares Nacionais* elegeram a ética como um dos temas transversais, que deveria atravessar todo o currículo e ser tratado em todas as disciplinas. Assim, demonstra o autor uma grande elevação da ética, como tema de relevância social. Porém, faz um sério e preocupante alerta quanto a esse processo:

Um pouco na contramão dos discursos a que estamos acostumados, penso que perdemos, sim, algo com esse processo de “elevação” da ética a tema de relevância social. E, perdemos porque, a essa “elevação” e “alargamento” do tema, corresponde uma espécie de “dissolução”. Talvez pudéssemos falar, ainda, de uma “vulgarização” da ética, naquilo que a vulgarização apresenta de mais negativo, isto é, a perda da densidade. (GALLO, 2006, p. 105).

Argumenta ainda Gallo (2006, p. 105), explicitando que Lipovetsky

[...] reflete sobre esse processo de elevação e dissolução da ética, evidenciando aquilo que ele [Lipovetsky] caracteriza como uma sociedade pós-moralista. Sua tese é a de que as sociedades democráticas, isso é, as sociedades que são resultado das revoluções burguesas modernas e que encontram no regime democrático sua forma política básica, vivem um crepúsculo do dever e a emergência de uma ética indolor. Ele mostra que na modernidade assistimos ao processo da construção de uma ética do dever, em substituição à moral religiosa medieval; em outras palavras, o dever, como ato racional humano, substitui o preceito religioso. De uma moral da

obediência a valores universais externos (por exemplo, os mandamentos cristãos) passou-se a uma universalização do dever como resultado da reflexão individual. Na medida em que essa ética do dever teria cumprido seu papel de auxiliar na construção das sociedades democráticas, viveríamos hoje o crepúsculo do dever, com a emergência de uma nova ética, voltada para o individualismo, o hedonismo, a felicidade *light* a qualquer custo. Viveríamos a emergência de uma **“era do pós-dever”, de uma sociedade pós-moralista**. (grifos nossos).

Gallo (2003, p.106) salienta que, no entender de Lipovetsky, a elevação da ética como tema de debates da mídia é o que caracteriza essa era do pós-dever:

Com o crepúsculo do dever, a corrida por novos fundamentos se intensifica cada vez: eis a razão da ética tornar-se tema do momento, ocupando os vários campos sociais e os meios de comunicação. A perda dos valores universais, a perda da universalização do dever transforma a ética em tema para cada indivíduo, em tema de consumo cotidiano. E, com isso, vivemos sua dissolução.

Gallo entende que Lipovetsky, ao fazer referência a uma sociedade pós-moralista, ele a coloca para além do valor do dever. Afirma que o valor deve ir para além do dever, da responsabilidade individual, absoluta e autônoma, ou seja, precisa ultrapassar a barreira desse individualismo contemporâneo (que denomina de tempos hipermodernos), para então atingir o pós-modernismo (entendido também como pós-moralismo), o qual se situa para além do valor absoluto do dever, anunciando uma espécie de “minimalismo ético”.

Esse “minimalismo ético” é entendido por Gallo (2003, p. 107), em sua leitura de Lipovetsky, como “[...] uma tal minimalização que permite a extensão aos vários campos, possibilitando a emergência desses ícones de nosso tempo que são a bioética, a ética nos negócios, os códigos de ética empresariais e profissionais, a ética midiática, e a ética ecológica e a cidadania planetária”.

Ao se refletir sobre o minimalismo ético – o qual permite a expansão de valores éticos a vários campos do saber – e considerando que no momento atual, especificamente no que tange à saúde e vida humana, observa-se a interferência constante de novas tecnologias, dentre as quais a biotecnologia, a Engenharia Genética¹² e o Projeto Genoma Humano¹³, questiona-se se não estaríamos vivendo numa sociedade pós-moralista,

¹² Falar de Engenharia Genética é caracterizar um conjunto de processos que permitem a manipulação do genoma de microrganismos vivos, com a conseqüente alteração das capacidades de cada espécie (CANDEIAS, 2007).

¹³ O Projeto Genoma Humano (PGH) tem como objetivo identificar todos os genes responsáveis por nossas características normais e patológicas. Os resultados, a longo prazo, certamente, irão revolucionar a medicina, principalmente na área de prevenção. Será possível analisar milhares de genes ao mesmo tempo e as pessoas poderão saber se têm predisposição aumentada para certas doenças, como diabete, câncer, hipertensão ou doença

descrita por Gallo, a partir de Lipovetsky. Pensando nesse novo modelo social, percebe-se a necessidade da criação de uma nova ética, que contemple os atuais valores sociais, principalmente com relação à saúde e ao bem-estar humano. Uma nova ética, cujo objetivo seja o de amparar, proteger e refletir sobre novos valores morais que estão sendo construídos pelos indivíduos, com relação à saúde e à influência da mecanização, na vida humana. Uma ética prática/aplicada, que estimule e motive atitudes prudentes dos profissionais de saúde para com seus pacientes.

de Alzheimer, e tratar-se antes do aparecimento dos sintomas. As vacinas de DNA poderão eliminar doenças como a tuberculose ou a AIDS. Os remédios serão receitados de acordo com o perfil genético de cada um, evitando-se assim os efeitos colaterais (ZATZ, 2007).

CAPÍTULO III

BIOÉTICA: UMA ÉTICA PARA MODERNIDADE

No campo da reflexão sobre o agir humano, destaca Valls (1997) três grandes tradições filosóficas, sendo que a primeira delas encontra-se amparada nos escritos de Aristóteles¹⁴, outra é a corrente do utilitarismo¹⁵ e, por fim, a última é aquela que atua e vigora até os dias atuais, denominada linha kantiana¹⁶, que se encontra ancorada sobre a noção de dever. Todas buscam traçar parâmetros para a ação humana, tendo em vista uma vida boa e harmoniosa nas relações sociais, bem como do homem com as coisas, bens, objetos, animais e meio ambiente.

Nessa perspectiva, procuramos, neste capítulo, apresentar uma ética aplicada a questões que envolvem a saúde e o bem-estar humano, principalmente, levando em consideração os avanços alcançados nos campos da tecnologia, da indústria farmacêutica e da bioengenharia, os quais, a cada instante, geram novos dilemas éticos que incidem sobre a prática médica. Dilemas nem sempre de fácil solução. Em função disso, trouxemos para o debate a Bioética, uma ética prática, cujo intuito é pensar problemas que medicina tem posto aos seres humanos, na atualidade, e que muitas vezes não encontram amparo nas correntes éticas tradicionais.

Desse modo, nesse contexto marcado pela forte presença das descobertas científicas, que têm produzido transformações culturais, sociais e morais, pensa-se na Bioética – a ética da vida - como um novo campo do conhecimento que busca unir duas grandes áreas

¹⁴ Segundo Valls (1997), Aristóteles era o grande mestre grego que viveu há 2.300 anos e que situou a sua “ciência das virtudes” entre a Física e a Política. A rigor, as ciências filosóficas da práxis deveriam ser três: a Ética, centrada no agir individual, a Economia, que deveria estar voltada para a práxis doméstica ou familiar, e a Política, idealizando as relações humanas dentro do universo da cidade/estado e das cidades entre si (pois ela já foi escrita no período do Império Alexandrino). O que caracteriza a ética aristotélica e dos seus seguidores é que ela estuda o agir a partir de uma concepção do homem como sendo um animal político, que tem linguagem e, muitas vezes, age logicamente (ou deveria fazê-lo) e que precisa desenvolver-se dentro de uma sociedade concreta, num período de tempo, dentro de formas concretas de governo de uma cidade, se quiser ser feliz.

¹⁵ Para Valls (1997), os seguidores desse modo de pensar são geralmente muito pragmáticos, de certo modo imediatistas (contentando-se com uma moral provisória), são menos especulativos e raciocinam praticamente assim: o maior valor ético deve consistir em procurar o maior bem possível para o maior número possível de homens.

¹⁶ Sobre essa teoria ética, Valls (1997) faz menção à obra de Kant e sua formulação do chamado “imperativo categórico”, nas seguintes palavras: “Age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma legislação universal”. Afirma, ainda, que aqui está o segredo da ética kantiana: a universalização das nossas máximas (em si subjetivas) é o critério.

do saber humano: os valores humanos que norteiam a defesa da vida, enquanto uma moral, e os conhecimentos advindos da biologia e da medicina em geral.

A Bioética nasce com uma função ampla: ir além dos limites impostos pelas éticas normativas (deontológicas) elencadas nos códigos de éticas das diversas categorias profissionais. Trata-se de uma ética prática, que procura avaliar os valores éticos e morais envolvidos, principalmente nos conflitos diários advindos com a interferência da biotecnologia sobre a vida humana e aplicá-los como sugestão de soluções éticas. A Bioética pode se utilizar dos fundamentos e princípios das éticas normativas ou deontológicas.

Por essa razão, Dall’Agnol (2005, p. 9) reforça a necessidade em se demarcar os limites existentes entre bioética e ética médica, de modo enfático:

É bom se diferenciar claramente bioética de ética médica, pois esta estuda os deveres particulares dessa classe profissional. Podemos, então, convencionar que a bioética é a parte da ética prática que estuda os problemas morais relativos ao início, ao meio e ao fim da vida.

Pessini (2002, p.32), ao conceituar a bioética, retoma a definição publicada pela Enciclopédia de Bioética, que diz o seguinte:

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). Pode-se defini-la como estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar.

Desse modo, a Bioética engloba a ética médica, porém não se limita a ela, constituindo um conceito muito mais abrangente. Ela entra no campo de uma ética prática, que alcança os problemas morais advindos com o progresso biomédico, promovendo uma reflexão ética específica sobre os abusos praticados na experimentação humana, as questões de início e final de vida, como o abortamento, a distanásia¹⁷, a redução embrionária, a alocação de recursos em saúde, o útero de aluguel, os transgênicos, os transplantes de órgãos, o momento da morte encefálica, a eutanásia, a clonagem humana, os bancos de sêmen, o Genoma humano. Ao tratar de alguns aspectos dos quais se ocupa a Bioética, afirma Zubben (2006, p.20):

Na verdade, com as novas realizações tecnológicas no campo da genética, a reflexão ética que vem sendo sistematizada pela Bioética foi levada a

¹⁷ Distanásia é a agonia prolongada, é a morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Também pode ser utilizada como a forma de prolongar a vida de modo artificial, sem perspectiva de cura ou melhora. (GOLDIM, 1997-1998).

tomar direções novas. As descobertas sobre o genoma propiciam um controle pelo homem não só do ambiente biológico, da biosfera toda, mas, sobretudo, do domínio e eventual transformação de sua própria constituição genética. A evolução da espécie *homo sapiens* não estaria mais unicamente nas mãos do acaso. Está aberto o caminho para uma literal instrumentalização de si pelo homem.

A Bioética surge, portanto, como uma tentativa de pensar a vida de maneira holística e global, sem a separarmos da ciência e nem da tecnologia, mas, ao mesmo tempo, atentando-nos para o que Gallo (2006) comenta acerca do tempo hipermoderno, em que uma nova atitude ética requer resistir aos processos de aceleração, à busca por respostas imediatas para problemas que muitas vezes escapam ao controle da própria ciência. Requer, também, resistir à euforia com que, no mundo atual, os indivíduos buscam atingir a felicidade a qualquer custo. Diante de tudo isso, recomenda Gallo, a partir de Lipovetsky, que, em tempos hipermodernos, o melhor é mantermos uma ética da prudência.

A sociedade hipermoderna exige rapidez, produtividade, praticidade, eficiência e qualidade. Para equilibrar tudo isso, precisamos de limites e bom senso. O que nos proporciona esse equilíbrio é a ética. Uma ética que tenha como sustentação moral a prudência. A prudência se aproxima, nesse contexto, de uma ética da responsabilidade, a qual, sem renunciar a qualquer princípio, está preocupada com as conseqüências previsíveis que podem decorrer das nossas ações. Segundo Comte-Sponville (1995, p. 37), “a ética da responsabilidade quer que respondamos não apenas por nossas intenções ou nossos princípios, mas também pelas conseqüências de nossos atos, tanto quanto possamos prevê-las. É uma ética da prudência, e a única ética válida.” Ao comentar a respeito do sentido da prudência em Aristóteles, Comte-Sponville (1995) nos chama a atenção para alguns aspectos: trata-se de uma virtude intelectual, pois lida com o conhecimento, com a razão e permite ao homem deliberar sobre o que é bom ou mau, em situações concretas; está relacionada com o bom senso posto a serviço de uma boa vontade. Assim, a virtude da prudência determina a boa deliberação e está sempre vinculada ao futuro, pois o homem prudente é aquele que está atento não só ao que acontece agora, mas ao que poderá acontecer. Dirá Comte-Sponville (1995, p.43): “A prudência é essa paradoxal memória do futuro ou, para dizer melhor [...] essa paradoxal e necessária fidelidade ao futuro.” Esse aspecto confere atualidade à prudência e põe à humanidade, complementa Comte-Sponville, o desafio de compreendê-la e praticá-la, se esta quiser preservar os direitos e oportunidades para as gerações futuras.

Considerando o contexto descrito, questiona-se se essa ética não seria a Bioética, conforme proposta por Van Rensselaer Potter, cancerólogo americano, em 1970, ou seja, a Bioética como uma ética global, para preservar a espécie humana.

No editorial da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Muñoz, (2004, editorial) afirma:

Esta denominação é atribuída ao oncologista norteamericano Van Rensselaer Potter, que a utilizou pela primeira vez no livro *Bioethics: bridge to the future*. Seu objetivo era promover um novo diálogo entre ciência e humanismo que pareciam incapazes de comunicar-se. Preocupado com a sobrevivência ecológica do planeta e com a democratização do conhecimento científico, aspirava produzir uma disciplina que combinasse o conhecimento biológico (*bio*) com o do sistema de valores humanos (*ética*). Sua intenção era criar uma nova matriz cultural, um modelo de pensamento integrador, por isso a proposição do termo bioética enfatizava os dois ingredientes considerados mais importantes para alcançar a prudência que ele julgava necessária: *o conhecimento biológico associado aos valores humanos*. O importante da proposta futurista de Potter é a idéia de que a constituição de uma ética aplicada às situações de vida seria o caminho para a sobrevivência da espécie humana. E, mais: para essa ciência da sobrevivência não seria preciso um conhecimento rigoroso da técnica, mas sim respeito aos valores humanos.

Assim, entende-se a Bioética, a ética da vida, como disciplina criada com o objetivo de unir os avanços da biologia aos valores humanos. Estudiosos a definem como uma disciplina que é parte da Filosofia e se dedica a estudar os valores morais e sua relação com a vida humana e a biologia, em geral. Nesse sentido, afirma Russ (1999, p. 138-139): “bioética vem, com efeito, da palavra ética e de bios (vida, em grego). Pode designar, então, ou uma reflexão sobre valores, subordinada a bios, à vida, ou então uma metamoral que se interessa pelos desafios e as repercussões da biologia e da medicina”.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, Segre (1999, p. 09) entende a Bioética como “área de reflexão, parte da filosofia, atualmente enriquecida pela teoria e vivência psicanalítica que discute os assuntos inerentes à vida, à saúde e à morte humana. Trata-se da ética do ser contrastando com a moral do dever ser”. Sgreccia (2002, p. 44-45) complementa, dizendo que

[...] as finalidades da bioética consistem na análise racional dos problemas morais ligados à biomedicina e de sua conexão com as áreas do direito e das ciências humanas. Os instrumentos de estudo da bioética resultam da metodologia interdisciplinar específica que se propõe examinar de modo aprofundado e atualizado a natureza do fato biomédico (momento epistemológico), ressaltar suas implicações num plano antropológico (momento antropológico) e identificar as soluções éticas e as justificativas de ordem racional que sustentam essas soluções (momento aplicativo).

Nesse sentido, a bioética surge como uma nova reflexão, que vincula as relações humanas com a vida, a saúde e a integridade física de todos os seres humanos, sensibilizando o desenvolvimento social. Seu nome indica uma forma especial de ética, em que se conjuga o aspecto biológico e as relações humanas.

Essa ética, mais ampla e abrangente, constituía a própria vontade de Potter, quando cunhou o termo Bioética.

O próprio Potter, que tinha essa perspectiva globalizante, não queria que sua disciplina fosse tão-somente a velha ética médica em outro registro, tampouco pretendia reativar a ética filosófica numa moldura de aplicações, pois esta se havia revelado incapaz de prever, prevenir ou remediar os problemas aparentemente insolúveis do progresso técnico e científico. Por isso mais tarde ele a rebatizaria de ética global, denominação certamente mais eloqüente e ampla. (LOLAS, 2001, p. 32).

O discurso bioético é amplo e se apresenta com grandes desafios éticos inovadores. É inegável o poder que os avanços tecnológicos vem proporcionando aos profissionais de saúde e também às pessoas. É evidente que nem todo esse progresso tecnológico é maléfico ao ser humano, muito pelo contrário, podemos perceber que a ciência pode ser usada tanto para o bem quanto para o mal, ficando a cargo do ser humano, enquanto indivíduo livre e autônomo, fazer suas escolhas. Porém, é necessária a reflexão ética sobre o lugar que a ciência e a técnica ocupam e deverão ocupar na vida. Assim, questionamos se esse não seria um dos maiores desafios atuais da bioética, pois observamos a medicina apropriando-se, cada vez mais, dos avanços tecnológicos e sendo regradada por eles, bem como assistimos ao crescimento da indústria farmacêutica, que passa a determinar o uso de medicamentos que influenciam o comportamento humano.

Em um artigo publicado no Caderno Mais, do jornal *Folha de S. Paulo*, intitulado “Reengenharia genética”, o filósofo esloveno Slavoj Zizek (2003, p. 5) destaca que “a indústria farmacêutica já oferece auto-estima engarrafada, como Zoloft e Prozac”. Assim, percebe-se que as biotecnologias penetram no cerne das noções de valores, como a dignidade, e interferem na natureza humana. Ao abordar essa questão, Lolas (2001, p. 34) vai mais além:

A tecnificação e a medicinização (que se poderia considerar uma expressão particular da primeira) podiam ser vistas como triunfos da razão instrumental. Juntamente com elas, porém, persistiriam não só a fuga da autoridade como também a fragmentação da linguagem moral e a tenaz existência de dilemas sem solução racional.

A interferência da biotecnologia na vida humana tem provocado mudança de paradigmas e de valores morais, pois vivemos um verdadeiro império do poder médico sobre a saúde humana. Essa realidade parece constituir um dos fortes motivos para se ampliar o universo do ensino da ética médica, nos cursos de medicina, para além da ética normativa/deontológica.

Questiona-se sobre a necessidade de se ensinar aos profissionais de saúde e, em especial aos médicos, os conteúdos, os paradigmas, os dilemas e as bases conceituais da bioética - essa ética prática, área da reflexão, que busca, através do diálogo multi e transdisciplinar, o consenso e a deliberação na solução de dilemas morais que envolvem início e final de vida, muitas vezes de difíceis soluções.

3.1. Alguns acontecimentos históricos e o surgimento da Bioética

Conforme tratamos acima, a bioética teve seu início nos Estados Unidos da América, nos anos setenta, disseminou pelos demais países na década de oitenta e, por fim, firmou-se em todo o mundo mais especificamente nos anos noventa.

Porém, para compreender melhor o surgimento da bioética e o contexto em que foi criada, é necessário retrocedermos um pouco no tempo. Durante os anos de 1940 e 1950, com a Segunda Grande Guerra, o mundo assistiu a um tenebroso espetáculo bélico: os norte-americanos lançaram a Bomba Atômica sobre Hiroshima e Nagasaki, duas cidades japonesas, espalhando intensa carga de radioatividade que tirou inúmeras vidas, de outro lado, tornaram-se públicas as experiências realizadas por médicos nazistas em seres humanos nos campos de concentração e nos hospitais.

A comunidade mundial reagiu fortemente a esses fatos, elaborando tratados internacionais visando à preservação da dignidade humana. Convencionou-se que nenhuma experiência seria realizada com seres humanos sem o prévio consentimento livre e esclarecido das próprias pessoas, sujeitos da pesquisa. Porém, essas medidas não foram suficientes para terminar com experimentos utilizando seres humanos, pois os mesmos continuaram sendo realizados.

Assim, parafraseando Archer (1996), ao descrever algumas das experiências realizadas no Hospital de Willowbrook, em Nova Iorque, nos Estados Unidos, durante o período compreendido entre os anos de 1956 a 1972, realizou-se ali uma investigação com um grupo de 700 a 800 crianças deficientes mentais nas quais se inoculava o vírus da hepatite com objetivo de buscar uma terapia imunizante. Também nessa época, no mesmo local, sob

pretextos não muito definidos, foram injetadas células cancerosas em doentes idosos, sem que lhes fossem dada qualquer informação e solicitado qualquer autorização ou consentimento para realização de tal experimento.

Outros fatos ocorreram, porém não menos cruéis, envolvendo a utilização de seres humanos como “meras” cobaias; dentre eles, o acontecido na cidade de Tuskegee, no Estado norte-americano de Alabama, onde 431 negros pobres foram privados de tratamentos específicos contra sífilis em nome de um estudo da evolução natural da doença. Sobre essa cruel experiência foi realizado um filme, traduzido para o português como “Cobaias”, dirigido por Joseph Sargent¹⁸, que descreve de maneira detalhada o drama vivido por aquela comunidade negra. Desde então, vários documentos internacionais têm focalizado com propriedade essa problemática. Entre eles, o mais famoso e, em vigor até os dias atuais, e que continua sendo referência mundial, a Declaração de Helsinque¹⁹.

Conforme Archer, Biscaia e Osswald (1996), que não só Potter percebia a necessidade de uma nova ética, mas também André Hellegers, médico obstetra e ginecologista de origem holandesa, teve um papel importante na origem da Bioética. Em outubro de 1971, na Universidade de Georgetown, foi criado o primeiro instituto com o nome de Bioética: The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, hoje com o nome simplificado e mundialmente conhecido de Kennedy Institute of Ethics. Desde então, se vem estudando os progressos biomédicos na perspectiva de suas implicações éticas, sociais, econômicas, legais, filosóficas e teológicas.

Nos anos sessenta, a Medicina passou por amplo desenvolvimento tecnológico em que se destacaram adventos como o da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e da pílula anticoncepcional. O controle (até certo ponto) das funções vitais, no caso da UTI, e o direito de se ter sexo somente pelo prazer, no caso da pílula, são dois exemplos de fatos que a princípio despertaram conflito ético. Situações novas, não previstas nos códigos de

¹⁸ Ficha Técnica: Título: Cobaias; Título original: Miss Evers Boys; Diretor Joseph Sargent; Lançado nos Estados Unidos no ano de 1997; Distribuído pela Warner Home Vídeo; Sinopse: No sul dos Estados Unidos, em 1932, a sífilis havia se tornado uma epidemia entre as comunidades afro-americanas. Preocupados com a rapidez com que a doença se espalhava pela região, o governo decidiu criar um programa de tratamento no único hospital negro da localidade. Infelizmente, o tratamento acaba perdendo seu apoio financeiro e é fechado. A partir daí, tem início uma das mais horríveis traições da história da humanidade. Um grupo de doutores cria um novo programa médico, que apenas finge estar realizando um estudo sobre o efeito da sífilis em homens negros, para comprovar se eles são biologicamente iguais ou diferentes dos brancos. Durante anos, 400 homens foram submetidos a essa humilhação, iludidos com uma cura que nunca chegaria, até o dia em que, finalmente, a jornalista Jean Heller, resolveu revelar toda a verdade! Disponível em: <http://www.choveu.net/locadorafilme/dvd.aspx?keyfilme=497>. Acesso em 20 jan.2008.

¹⁹ Adotada na 18a. Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964), alterada na 29a. Assembléia, em Tóquio, Japão (1975), 35a. em Veneza, Itália (1983) e 41a. em Hong Kong (1989) – Associação Médica Mundial 1964-1989.

deontologia profissionais, principalmente no Código de Ética Médica, que levaram a comunidade médica mundial a se deparar com problemas éticos, pois colocavam em choque valores, quer na esfera individual ou na coletiva. Desse modo, o paciente avançou na conquista de um direito humano tido como fundamental, ou seja, sua autonomia para tomar decisões em situações relacionadas à própria saúde. Saiu de uma condição passiva para assumir papel ativo no relacionamento com profissionais de saúde.

O procedimento médico, ou seja, o “fazer” dos profissionais de saúde, muitas vezes, encontra-se associado a uma invasão do corpo da pessoa enferma, quando se executam os procedimentos necessários, geralmente invasivos. Para tanto, faz-se mais que necessário solicitar da pessoa enferma seu consentimento, após ter sido esclarecida minuciosamente sobre todos os cuidados e tratamentos a que deverá ser submetida, para somente então, depois, dar-se prosseguimento às ações.

Essa atitude demonstra um verdadeiro respeito à autonomia da pessoa enferma e deve ser um procedimento a ser seguido por todos os profissionais da equipe de saúde, pois a relação equipe de saúde e pessoa enferma deve se dar na forma interpessoal, e não numa relação de negócios, fria e insensível, a qual enfatiza uma relação em que se vê o outro como um objeto (“coisa”). Deve-se estabelecer um relacionamento embasado no diálogo interpessoal e não num autoritarismo extremo, por se julgar que o outro não é capaz de fazer suas escolhas pessoais.

Feitas essas considerações sobre os momentos que, historicamente, antecederam o surgimento da bioética, constata-se que, desde o seu início, ela se deu num duplo enfoque: geral e particular. Nesse sentido, assim se posiciona a Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética da Unesco – REDBIOÉTICA²⁰ (2006, p. 271):

[enfoque] geral, a partir do ponto de vista de Potter, incluindo todas as questões relacionadas com os fenômenos vitais, dos seres humanos ao meio ambiente como um todo; ou particular, que enfoca basicamente as questões da saúde, preconizado por Hellegers. A bioética iniciou como uma ética aplicada, como mais uma forma de utilizar o método filosófico para responder aos questionamentos sobre os limites da vida. Atualmente, sofreu mudanças para um enfoque mais flexível, interdisciplinar na sua essência. Chega ao início do século XXI com uma visão mais ampliada dos problemas relacionados à vida humana.

²⁰ Garrafa (2006, p. 10), na apresentação do livro *Bases Conceituais da Bioética*, afirma que a Rede foi gestada durante a realização do Sexto Congresso Mundial de Bioética, promovido pela Association of Bioethics (IAB) e integralmente organizado pelo Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), em Brasília, em fins de 2002. Entre os objetivos básicos da Rede, desde sua criação, sempre esteve presente a necessidade de adequação do estatuto epistemológico da bioética – ou seja, das bases teóricas de sustentação da disciplina – à realidade social, política e cultural dos países da região latino-americana.

O surgimento da bioética foi precedido de transformações ocorridas tanto no cenário social como no político tecnológico, entre as décadas de 1960 e 1970. Muñoz (2004, p. 528) sintetiza esses momentos nos seguintes termos:

Por um lado, um grande desenvolvimento tecnológico fez surgir dilemas morais inesperados relacionados à prática biomedicina (morte encefálica, doação de órgãos para transplante, bebê de proveta, descarte de embriões etc.). Por outro, os anos 1960 foram também a era da conquista dos direitos civis, o que fortaleceu o ressurgimento de movimentos sociais organizados, promovendo, com isso, um revigoramento dos debates acerca da ética normativa e aplicada. Esses diferentes movimentos sociais adotaram como bandeira e trouxeram à tona, questões relacionadas à diversidade de opiniões, ao respeito pela diferença e ao pluralismo moral.

Na mesma perspectiva, destaca Muñoz três momentos históricos importantes que ajudaram a dar solidez e sustentação à bioética:

O primeiro foi o artigo publicado na revista *Life*, em 1962, que contou a história do Comitê de Seattle, o qual, de forma inusitada, passou o processo de decisão médica para o domínio público, ao delegar os critérios de seleção de atendimento para um pequeno grupo de pessoas, todos leigos em medicina. O segundo evento foi o artigo de Beecher, no *New England Journal of Medicine*, em 1966, no qual, ao analisar pesquisas científicas em seres humanos, publicadas em periódicos de grande prestígio internacional, mostrou que cerca de 12% dos artigos médicos continham graves transgressões à ética. O terceiro evento foi o primeiro transplante cardíaco, onde a principal pergunta era: - Como Barnard podia garantir que o doador estava realmente morto no momento do transplante? Esse fato lançou questões de difícil resposta, entre elas: - *Quando* alguém deve ser considerado morto? Se o cérebro morrer, morre também a pessoa? (MUÑOZ, 2004, editorial)

Depois dos absurdos cometidos contra seres humano que foram submetidos a experimentos científicos, Pessini (2002), na introdução à edição brasileira do livro de Beauchamp e Childress, *Princípios de ética biomédica*, faz referência a três casos em particular, que mobilizaram a opinião pública e exigiram regulamentação ética. São eles:

1) em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) entre 1950 e 1970, no hospital estadual de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais; 3) desde os anos 1940, mas descoberto apenas em 1972, no caso de *Tuskegee study* no estado do Alabama, foram deixados sem tratamento 400 negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. A pesquisa continuou até 1972, apesar da descoberta da penicilina em 1945. Em 1996, o governo norte-americano pediu desculpas públicas a esta comunidade negra pelo que foi feito. (PESSINI, 2002, p. 9)

Continua explicando Pessini (2002, p. 10) que o governo norte-americano, no ano de 1974, criou a Comissão Nacional para a proteção dos seres humanos da pesquisa biomédica e comportamental, com o objetivo de “levar a cabo uma pesquisa e um estudo completo que identificassem os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na Biomedicina. Essa comissão demorou quatro anos para publicar o que ficou conhecido como Relatório Belmont (*Belmont Report*)”. Recebeu essa denominação por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont, em Elkridge, no Estado de Mariland.

Assim, em 1978, foi oficialmente promulgado o Relatório Belmont, o que causou grande clamor na comunidade médico-científica.

Tornou-se não somente a declaração principialista clássica para a ética ligada à pesquisa com seres humanos, mas também foi utilizada para a reflexão bioética em geral. Os três princípios identificados pelo Relatório Belmont foram: o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. [...] um documento brevíssimo por sinal, inaugurou um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa em seres humanos. A partir daí, as questões éticas não são mais analisadas a partir da letra dos códigos e juramentos, mas a partir desses três princípios com os procedimentos práticos deles consequentes. (PESSINI, 2002, p. 11).

Observa-se que o Relatório Belmont fazia menção as questões éticas relacionadas com a pesquisa em seres humanos; assim, não possuía enfoque no campo da prática clínica e assistencial, porém acabou sendo utilizado também pelos clínicos e assistencialistas, muito provavelmente. Pessini (2002) observa que tal comportamento possa ter surgido pela vontade dos profissionais de saúde, para se livrarem do velho enfoque ético característico dos códigos e juramentos.

É conveniente assinalar que Beauchamp e Childress são pessoas com convicções filosóficas e éticas bem distintas. Beauchamp é um utilitarista, enquanto Childress é claramente um deontologista. Suas teorias éticas são, portanto, distintas e dificilmente conciliáveis na hora de justificar ou fundamentar os citados princípios. Mas em vez de verem-se diante de um abismo, os autores consideram isso uma vantagem. As discrepâncias teóricas não devem impedir o acordo sobre normas, isto é, sobre princípios e procedimentos. Dizem eles que o utilitarismo e o deontologismo chegam a formular normas similares ou idênticas. Todos, tanto os teleologistas como os deontologistas, podem aceitar o sistema de princípios e chegar a decisões idênticas em casos concretos, não obstante suas discrepâncias em relação aos aspectos teóricos da ética. (PESSINI, 2002, p. 12).

Pessini (2002) comenta que os princípios acabaram por fornecer um esquema claro para uma ética normativa, que tinha de ser tanto prática como produtiva e, forneceram uma nova maneira para falar com um novo público, formado por médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde. Afirma que a bioética tornou-se principialista por várias razões, que destacamos:

- 1) Os primeiros bioeticistas encontraram na ética normativa de seu tempo, no estilo dos princípios, a via média entre a terra árida da meta-ética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, mas geralmente inacessíveis. 2) O Relatório Belmont foi o documento fundamental que respondeu à necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas, de uma declaração simples e clara, das bases éticas para regulamentar a pesquisa. 3) A nova audiência composta de médicos e estudantes de medicina, entre outros profissionais da área da saúde, foi introduzida nos dilemas éticos da época por meio da linguagem dos princípios que, mais do que complexificar, na verdade ajudou a entender, clarear e chegar a acordos procedurais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pela tecnociências. 4). O sucesso do modelo principialista deve-se a sua adoção pelos clínicos. Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas para as percepções e sentidos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais em determinado caso, no processo de compreensão das razões e na tomada de decisão. (PESSINI, 2002, p. 12).

É impossível negar que o principialismo influenciou consideravelmente a bioética durante esses seus 30 anos de existência, porém menciona Pessini (2002) que o principialismo é insuficiente, pois a bioética não pode ser reduzida a uma ética da eficiência, aplicada predominantemente num nível individual, e cita outras abordagens da bioética, além da principialista:

[...] o modelo casuístico (Albert Jonsen e Stephen Toulmin); das virtudes (Edmund Pellegrino e David Thomasma); do cuidado (Carol Gilligan); do direito natural (John Finnis); apostando no valor central da autonomia e do indivíduo, o modelo liberal autonomista (Tristram Engelhardt); o modelo contratualista (Robert Veatch); o modelo antropológico personalista (E. Sgreccia, D. Tettamanzi, S. Spinsanti); o modelo de libertação (elaborado a partir do mundo da exclusão). (PESSINI, 2002, p. 13)

Apesar das várias abordagens da bioética, ainda muito se discute sobre suas bases epistemológicas e os fundamentos filosóficos e científicos que embasam o agir ético médico, na atualidade.

3.2. Referências conceituais da bioética

Num primeiro momento, pode parecer estranho pensar em referências conceituais da bioética. Parafraseando Garrafa (2006), muitas pessoas menos familiarizadas com a bioética poderão questionar sobre as razões da construção de referências de sustentação conceitual para a disciplina. O autor menciona que pode ocorrer uma surpresa aos olhos dos “desavisados”, pois, para muitos, a bioética já estaria definida desde a criação do “neologismo bioética”, em 1970, por Van Rensselaer Potter e, principalmente, após a adequação e promulgação, em 1978, do Relatório Belmont, o qual toma como referência os princípios éticos (autonomia, beneficência e justiça), nas decisões dos comitês de ética em pesquisa. Logo em seguida, em 1979, Tom Beauchamp e James Childress publicaram a primeira edição da obra tida como referência da chamada bioética principialista anglo-saxônica, de origem estadunidense, – *Principles of biomedical ethics*, traduzido para o português, por Luciana Pudenzi, publicado pelas Edições Loyola, no ano de 2002. A obra original, segundo Pessini (2002), surgiu no final de 1977, a partir da incorporação dos princípios do Relatório Belmont, e transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica.

Segundo Pessini (2002, p. 11), Beauchamp e Childress (2002, p. 9) “retrabalharam os três princípios em quatro, distinguindo beneficência e não-maleficência”. O mesmo autor esclarece, ainda, que o “o princípio da não-maleficência determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Na ética médica, ele esteve intimamente associado com a máxima *Primum non nocere*: Acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano.”

Numa breve noção sobre as bases de uma bioética principialista, exercida predominantemente por países anglo-saxões, Siqueira(2006) defende a tese de quatro modelos para o discurso bioético, sendo eles: Modelo Dogmático, Modelo Liberal, Modelo Deliberativo e Modelo Hipercrítico. Afirma que a bioética principialista encontra-se inserida num discurso bioético denominado por ele Modelo Liberal.

Este modelo provém do liberalismo. John Stuart Mill, por exemplo, se expressa do seguinte modo em *Sobre a liberdade*: no que se refere a uma pessoa, a independência é, de direito, absoluta. A respeito da pessoa, sobre seu corpo e seu espírito, o indivíduo é soberano. As pessoas são consideradas sujeitos morais, livres, autônomos e iguais. Daí firmou-se o conceito segundo o qual tudo deve ser feito com um respeito incondicional pela autonomia pessoal e com a utilização de contratos entre sujeitos envolvidos em qualquer tomada de decisão. São os assim chamados contratos sociais, que estão presentes em *Medical ethics*, do bioeticista norte-americano Robert Veatch, que expõe as regras morais que devem guiar as relações médico-paciente. (SIQUEIRA, 2006, p. 182).

Siqueira (2006) critica o discurso liberal, visto que o mesmo não debate valores, pois acredita que os mesmos são sempre relativos. Assim, limita-se apenas em expor as diferentes posturas morais, mas não atribui valor a elas. Menciona o autor que esse é o modelo descrito por Tristran Engelhardt, em seus *Fundamentos da bioética*, em que cria “as figuras dos ‘amigos morais’ e ‘estranhos morais’, cada um dos quais com sua moralidade própria, inseridos em agrupamentos morais distintos e que consideram injustificável deliberar sobre valores alheios”. Assim, conclui Siqueira (2006, p. 183) que “nessa percepção, deve-se considerar moralmente válida a venda de um rim, pois expressa legitimamente um ato de autonomia pessoal, e ninguém pode criar obstáculos à realização de um contrato entre duas pessoas que livremente desejam a venda de órgãos”.

Desse modo, faz um alerta sobre o quanto pode ser arriscado assimilar, sem uma prévia crítica, esse modelo e cita como exemplo o fato ocorrido no Brasil, no ano de 2004, de que pessoas pobres, do Estado de Pernambuco, iam até a África do Sul para cumprir contratos de vendas de rins, adquiridos por sujeitos endinheirados daquele país, pelo que recebiam em torno de cinco mil dólares como pagamento.

Mesmo assim, é importante trazer à baila o que significam esses princípios bioéticos (autonomia, beneficência, justiça e não-maleficência) que de um lado são criticados e por outro, seguidos. Por conta disso, o princípio da autonomia é um dos norteadores da Bioética. A esse respeito, afirma Selli (1999, p. 16) que “do ponto de vista do princípio bioético da autonomia, o paciente pode negar-se a aceitar uma medicação. Também pode decidir, por exemplo, o momento mais conveniente para seu banho no leito”.

Autonomia vem do grego e significa *autos* = eu e *nomos* = lei. Assim, é a capacidade que as pessoas possuem para agirem de acordo com sua vontade, por meio das escolhas que estão ao seu alcance e diante de objetivos por ela estabelecidos. Selli (1999, p. 46), servindo-se de Lalande, coloca autonomia sobre o ponto de vista do “indivíduo autônomo que não vive sem regras, mas apenas obedece às regras que ele escolheu depois de examiná-las”.

A definição deixa claro que não se deve viver totalmente sem regras, mas sim, que, após ter sido informado e ter refletido sobre uma determinada norma, a pessoa faça sua escolha, de maneira livre e consciente. Que decida por aceitar ou não a ação do profissional de enfermagem, mesmo que sobre essa decisão da pessoa doente o profissional pense de maneira diferente. Este deve abster-se de impor seus valores pessoais, em respeito aos valores pessoais de quem escolhe o que é melhor para si.

A pessoa enferma é merecedora de todo valor e respeito, pois possui uma história de vida e é quem diretamente está sendo afetada tanto pela doença como pela ação terapêutica dos profissionais de saúde. É um ser humano a ser considerado como um fim e não como um meio (objeto), para satisfação de interesses de terceiros. Portanto, nunca se deve referir a ela como por um rótulo de doença ou de número, esquecendo-se que por detrás dessa doença existe um ser humano, com sentimentos e emoções, que sofre e se alegra, que ama, amou e foi amado, que pensa e escolhe. Enfim, um ser humano que como tal deve ser tratado.

Já o princípio da beneficência, etimologicamente, vem do latim *bonum facere* (fazer o bem - ao paciente). É o critério mais antigo da ética médica. É o modelo hipocrático e tradicional, não admitindo escusas, enquanto houver seres humanos que sofrem e necessitam de atenção médica e moral. O Relatório de Belmont nega a idéia de beneficência como um ato de caridade e o considera de uma forma mais radical, ou seja, uma obrigação moral. Nesse contexto, são elencadas duas formas complementares: a primeira, de não causar dano e, a segunda, de maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. Vale lembrar que, no Relatório, não se faz distinção entre beneficência e não-maleficência, o que foi feito posteriormente por Beauchamp e Childress.

Entretanto, esse é um princípio limitado, pois importante é questionar e definir o que é o Bem para o paciente. Também não se aceita mais, atualmente, o *paternalismo* que se encontra contido na beneficência, haja vista o surgimento do princípio da autonomia e as novas tendências da justiça,²¹ na área da saúde.

O Princípio da não-maleficência traz suas origens desde os tempos de Hipócrates, o qual cria o hábito para duas opções: socorrer ou, ao menos, não causar danos. A expressão vem do latim - *primum non nocere*, ou seja, não causar danos. Prevenir ou retirar os danos ocasionados a um determinado paciente.

A não-maleficência, ou a obrigação de não causar danos, e beneficência, ou a obrigação de prevenir danos, são formas de promover o bem. As exigências mais comuns da lei e da moralidade não consistem na prestação de serviços, senão em restrições, expressas geralmente de forma negativa; por exemplo, não matar.

²¹ As tendências de justiça a que nos referimos não são da justiça legal, com princípios igualitários para distribuição de verbas e recursos, e sim a justiça equitativa em que se busca distribuir recursos atendendo o princípio ético de dar mais a quem necessita de mais e menos a quem necessita de menos, ou seja, justiça distributiva.

No mais das vezes, o princípio de não-maleficência envolve abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer uma ação. O princípio da não-maleficência recai a todas as pessoas, enquanto que o princípio da beneficência, na prática, é menos abrangente.

Finalmente, para entender o princípio bioético da justiça, é necessário pensar numa justiça distributiva, diferente da justiça legal. A justiça distributiva impõe o preceito ético de dar mais a quem precisa de mais e menos a quem necessita de menos. Assim, precisa-se ter muita cautela para que não ocorram injustiças, principalmente no que se refere aos benéficos de saúde. Ensina-nos Pessini (2000, p. 46) que esse princípio se encontra dentro da "[...] imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios. Outra maneira de entender o princípio da justiça é dizer que os iguais devem ser tratados igualmente. O problema está em saber quem são os iguais".

Busca-se também, com esse princípio, uma maior rapidez advinda da otimização dos atos e o máximo de benefício pelo mínimo custo. A partir daí, levanta-se um sério problema: como quantificar os custos e benefícios, se temos consciência de quão escassos são os recursos? Como quantificar a dor, a morte, a deficiência e a incapacidade? Ou, ainda, quem deve utilizar o respirador artificial, se o hospital só possui um aparelho e dois são os indivíduos que dele necessitam? Quais os critérios para a escolha?

É clara a necessidade de haver uma relação na aplicabilidade desses sistemas e recursos de saúde existentes atualmente, nos hospitais e clínicas, com a realidade diária vivenciada pelos enfermos que precisam desses recursos para sua sobrevivência. Nesse sentido, Rawls (apud SIQUEIRA 1998, p.71) adverte: “A distribuição natural dos bens não é justa ou injusta; nem é injusto que os homens nasçam em algumas condições particulares dentro da sociedade. Estes são simplesmente fatos naturais. O que é justo ou injusto é o modo como as instituições sociais tratam desses fatos”.

Para Garrafa (2006, p. 12), “estes quatro princípios, pretensamente universais, ganharam o mundo e acabaram confundindo muitas pessoas desavisadas com a própria bioética. No início dos anos 1990, no entanto, começaram a surgir críticas ao principialismo e à universalidade de seus princípios [...]”

É importante, neste passo, aludir às discussões sobre os demais modelos de discurso bioético. Siqueira (2006, p.182) define o “Modelo Dogmático”, também denominado de Doutrinal, como sendo aquele em que as “[...] verdades são indiscutíveis e suas bases provêm da cultura judaico-cristã. Ele nos apresenta proposições como dogmas de verdades, cujos conteúdos são considerados, *a priori*, corretos”. Cita como exemplos paradigmáticos do modelo doutrinal os expressos no Manual de Bioética de Elio Sgreccia, que, ao fazer

referência à licitude dos meios para obtenção de sêmen para a fertilização humana artificial, declara que, “no que diz respeito à masturbação, é certo, por si só, que é intrinsecamente um ato imoral”. Esse modelo conclui Siqueira (2006, p. 182), “[...] é claramente unidirecional, assimétrico e heterônomo, pois não permite a deliberação sobre valores morais considerados irrefutáveis *a priori*”.

Segue explicando Siqueira (2006) que o “Modelo Deliberativo” ou da comunidade de argumentação tem, como representantes contemporâneos, Karl Popper, Ludwig Wittgenstein, Karl-Otto Apel e Jürgen Habermas.

Siqueira (2006), ao comentar Vasquez, que aborda o discurso bioético a partir do modelo habermaseano contido na ética do discurso, em que o filósofo alemão passa do individual para o universal, ressalta que Habermas se afasta do paradigma da relação existente entre sujeito e objeto, proposta pelo modelo doutrinal, para construir um outro que privilegia a relação comunicativa entre as partes envolvidas no processo de diálogo. Afirma Siqueira (2006, p. 185):

[...] o acordo obtido na ética do discurso não nega a racionalidade e textualmente afirma que a deliberação é o melhor instrumento para obtenção de acordos lingüísticos, assim como, o mais legítimo critério para um encontro de consenso em um processo de busca de soluções morais revestidas com a máxima prudência e coerência [...].

Conclui Siqueira (2006, p. 185):

Para além das proposições individuais que ambicionam impor verdades subjetivas estão aquelas que devem ser legitimadas pelo processo de deliberação conjunta obtida sem deformações internas ou externas. Desse modo, o conceito de razão não se centra num sujeito isolado como ocorre no modelo liberal, nem em cosmovisões transcendentais do modelo doutrinal, mas no resultado das argumentações expressas livremente por todos os envolvidos em uma comunidade discursiva. É obvio que, para tanto, é imprescindível que o processo da ação comunicativa seja simétrico, horizontal, com respeito e inclusão de todos os interessados na busca do acordo intersubjetivo.

O “Modelo Hiper-crítico”, conforme Siqueira (2006), tem como representantes Michel Foucault e o recém-falecido filósofo francês Jacques Derrida, criador do desconstrutivismo. Siqueira (2006, p. 186) comenta:

Esses autores consideram ser muito controversa a idéia de que se construa uma sociedade conformada por acordos harmônicos entre os homens, como propuseram Apel e Habermas. Eles, pelo contrário, colocam tudo em

dúvida, inclusive os fundamentos racionalistas e humanistas que sustentam as práticas discursivas que nos prometem soluções razoáveis resultantes de pactos intersubjetivos com presunção de simetria. Eles argumentam que somente a partir de posturas hipercríticas e de pequenas revoltas do pensar cotidiano podem ser alcançadas as mudanças necessárias para a sociedade humana. Praticam uma filosofia mais pronunciadamente crítica, mas não niilista, embora o próprio Foucault tenha declarado que “todo o meu [de Foucault] pensamento filosófico foi construído com base na leitura de Heidegger, mas reconheço que tem triunfado foi Nietzsche”. Considerando as três perspectivas da teoria do conhecimento: a cartesiana (razão formal), a hegeliana (razão histórica) e a nietzschiana (anulação da razão transcendental), a posição dos hipercríticos esta mais próxima da última delas.

Ao sintetizar a teoria foucaultiana, Siqueira (2006) avalia que, para ela, em toda relação humana está implícita uma relação de poder, o qual advém com o conhecimento. Além disso, as estratégias dialéticas utilizadas nas práticas discursivas são vistas pelo filósofo francês como “armas do poder”. Desse modo, não há para Foucault a possibilidade de nos situarmos fora das relações de poder, o que não significa que não possamos lutar contra elas. O problema que Foucault (2000) põe para si e para os seus críticos é o de como criar resistência às formas de poder e encontrar formas de sermos governados da maneira como desejamos sê-lo. Posto de outro modo, Foucault afirma que governados nós seremos, mas podemos escolher esse governo.

Finaliza Siqueira (2006, p. 188), fazendo uma relação dos quatro modelos com a bioética:

Para que se alcance no campo da bioética, que é uma ética aplicada, um discurso que almeja ser o mais universal e plural possível, é preciso que se mantenha distância dos modelos doutrinário e liberal. Do mesmo modo, é preciso preparar-se no exercício da deliberação sobre problemas morais segundo a proposta de Habermas, mas desconsiderar os alertas de Foucault a respeito das possibilidades de práticas discursivas enganosas e assimétricas, que estão presentes nas comunidades reais de comunicação, o que será certamente uma atitude ingênua e inconseqüente, para dizer o mínimo.

Considerando a posição de Siqueira (2005), para quem o modelo clássico de ensino da ética, desenvolvido nos cursos de medicina, acontece predominantemente através da disciplina de Medicina Legal e Deontologia, mas que o mesmo se tornou insuficiente para atender à formação humanista do médico. Este desenvolve um pensar técnico e racional, sem considerar o lado emoção da maioria dos seres humanos, o qual poderia auxiliar o médico nas tomadas de decisões, quando frente aos dilemas morais advindos com os avanços da biotecnologia e que, muitas vezes, geram conflitos, quando aplicados à vida humana.

Sendo a Bioética uma ética ampla, além de aplicada, reflete-se se não seria interessante, além de necessário, o ensino de uma ética mais abrangente como ela, quer dizer, inserir nas grades curriculares dos cursos de medicina, além do conteúdo da disciplina de Medicina Legal e Ética Deontológica ou Normativa, os temas e debates da Bioética.

Apesar de não ser ainda um procedimento corriqueiro, algumas Universidades do Brasil estão inserindo a bioética não apenas no ensino médico, como também nos demais cursos da área da saúde, o que será assunto abordado no próximo capítulo. Uma das razões para isso estar ocorrendo é o fato de esses cursos formarem profissionais que irão trabalhar com seres humanos e que, inevitavelmente, se defrontarão com dilemas éticos a envolver questões sobre o início e o final de vida. Não são situações de soluções fáceis, porque, na maioria das vezes, podem ocorrer choques de valores entre profissionais de saúde e pacientes. Quando essas situações ocorrem, nem sempre as soluções são pacíficas: o que se percebe é que, freqüentemente, as soluções são difíceis, porque os profissionais de saúde costumam decidir exclusivamente com o uso da razão e, em contrapartida, os pacientes e familiares tomam decisões morais, levando em conta a emoção e o afã do momento.

Talvez, a esta altura, fosse importante trazer para o debate a célebre frase de Pascal, filósofo francês do século XVII, traduzida para o português por Charbonneau (2002): “O coração tem razões que a razão desconhece”. Chauí (1995, p. 58) comenta a frase de Pascal:

Ao dizer que o coração tem suas próprias razões, Pascal está afirmando que as emoções, os sentimentos ou as paixões são causas de muito do que fazemos, dizemos, queremos e pensamos. Ao dizer que a razão desconhece “as razões do coração”, Pascal está afirmando que a consciência intelectual e moral é diferente das paixões e dos sentimentos e que ela é capaz de uma atividade própria não motivada e causada pelas emoções, mas possuindo seus motivos ou suas próprias razões.

Para Massis (2002), Blaise Pascal, de maneira sutil, fazia críticas ao racionalismo defendido por Descartes, o qual acreditava que esse racionalismo poderia servir para todas as ciências, fossem exatas ou humanas, dando pouco espaço a Deus. Na verdade, Pascal criticava o método geométrico cartesiano e a mentalidade geométrica do autor, que pretendia reduzir tudo a idéias claras e distintas. Conforme Charbonneau (2002, p. 09), “[...] o método geométrico é válido para as ciências exatas e não para as humanas – filosofia, moral, religião, nas quais, em vez de idéias claras e distintas, prevalecem idéias complexas, mas carregadas de verdades”.

Sendo a Bioética uma parte da filosofia e da biologia, em geral, pertence, por conseguinte, tanto às ciências humanas como às biológicas, porém jamais é uma ciência exata; nesse sentido, enfatizamos que, frente às situações que geram conflitos morais, as decisões a serem tomadas decorram do diálogo entre os envolvidos, ou seja, profissionais da saúde, pacientes e familiares, e que os mesmos levem em consideração, não só argumentos racionais, como também os aspectos emocionais, para que não se caia no mesmo erro cartesiano que consiste, segundo Charbonneau (2002, p. 09), “[...] em ter exagerado o fator intelectual (negligenciando completamente o fator afetivo) e a importância da razão e da especulação (subestimando a contribuição do coração)”.

Assim, com o diálogo multidisciplinar proposto pela bioética, tendo como fundamento principalmente a prudência, busca-se um equilíbrio entre os valores divergentes (profissionais de saúde e paciente), isto é, entre razão e emoção. Pensar racionalmente é um exercício necessário, porém, sem se esquecer do lado humano de todo ser humano – a emoção.

CAPÍTULO IV

A PRESENÇA DA ÉTICA NOS CURSOS DE MEDICINA EM QUESTÃO

É sabido que a profissão médica visa à manutenção ou à recuperação da saúde do ser humano, buscando curar doenças e promover o bem-estar físico, mental, social e espiritual. Dentro desse contexto, acreditam Marcondes et al. (1998) que, na formação do médico, não podem faltar, junto com os conhecimentos específicos, os que transmitem valores humanísticos, próprios das Ciências Humanas. Defendem os autores a urgência, para as escolas médicas, em priorizarem disciplinas com conteúdos humanísticos, pois, se assim não fizerem, correm o risco de transformar os estudantes de medicina em profissionais puramente tecnicistas, para os quais aparelhos e equipamentos tecnológicos passam a ser mais valiosos que o paciente.

Marcondes et al. (1998) afirmam, ainda, que as reformas no ensino médico vêm sendo um motivo de luta incessante, no seio das escolas e das associações médicas. Remetem a Hossne (1993), para quem “[...] a ciência médica é o entroncamento das ciências biológicas (ciências naturais) com as ciências humanas...”, de sorte que “[...] o preparo do médico, por mais completo que seja em ciências naturais e em tecnologia, é incompleto sem a formação humanística” (HOSSNE, apud MARCONDES et al., 1998, p. 100). Marcondes et al. (1998) chamam a atenção para o currículo médico, salientando que, na grande maioria das universidades, inclusive na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o currículo médico sempre se caracterizou pela inexistência de disciplinas específicas, na área das Ciências Humanas, ficando restrito o conteúdo humanístico a tópicos isolados, incluídos em disciplinas afins, como a Ética Médica, a Psicologia Médica e a Medicina Social. Os mesmos autores destacam, com base em Figueiredo & Rodrigues (1990), que algumas instituições, às voltas com a reforma curricular, estão elegendo “[...] como diretriz fundamental, a criação de espaços que possibilitem o desenvolvimento de outras atividades, particularmente aquelas que favorecem a formação humanística do aluno”.

A essa altura, Marcondes et al. (1998) referem-se às origens históricas do pensamento humanista:

Originário da antiguidade grega, o ideal humanista clássico aspirava que o homem alcançasse sua essência por meio da valorização do bem, do belo, e do senso de justiça. Buscava a compreensão das misérias humanas, procurando superá-las. Na baixa Idade Média, o pensamento humanista

renascentista é considerado como um acontecimento histórico, gerado por circunstâncias sociais e políticas peculiares, em especial pelo desmoronamento do sistema teológico medieval. Considerando por muitos historiadores como ponto de transição e importante impulso para a sociedade moderna e o desenvolvimento científico, esse movimento vem sendo revalorizado, juntamente com sua época, o período medieval, com o objetivo, inclusive, de rever alguns estigmas que lhes foram atribuídos. À Idade Média, o estigma de período obscurantista, ‘época das trevas’; ao humanismo, de obstáculo ao desenvolvimento do pensamento científico. (MARCONDES et al., 1998, p. 100).

Concluem Marcondes et al. (1998, p. 101): “Foram essas divergências que fizeram com que o humanismo fosse considerado como um obstáculo ao desenvolvimento científico e, também, o responsável pela perpetuação, até os dias de hoje, das separações entre trabalho manual e intelectual, teoria e prática, ciência e técnica”.

Por esse motivo, neste capítulo, temos como objetivo analisar a presença da disciplina ética/bioética, na formação humanística do médico, como ela está inserida nas grades curriculares e, em que momento são debatidos os conteúdos éticos e os dilemas bioéticos, na formação desses médicos. Dessa maneira, procuramos observar nas grades curriculares dos cursos de medicina de três Faculdades, sendo uma privada – a Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE e, uma pública – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, ambas localizadas no interior do Estado de São Paulo, assim como em outra também pública, porém situada no interior do Estado do Paraná, especificamente na Universidade Estadual de Londrina – UEL.

Buscamos verificar a inserção da disciplina de bioética, como está sendo desenvolvida, quantas horas são destinadas a ela. Porém, num primeiro momento, procuramos situar alguns debates em torno do ensino da ética e bioética, na formação dos médicos: o que alguns autores têm publicado sobre a questão do ensino da ética, na área da saúde; qual a importância dessa disciplina e o que vem acontecendo com a formação médica; por que o ensino da ética médica necessita de mudanças e alterações; em que aspecto a ética ou bioética pode colaborar, na formação do perfil médico que a sociedade espera atender às suas expectativas; enfim, por que estudar ética e bioética, na formação de futuros médicos.

Não existe uma única resposta para esses questionamentos. Os problemas são complexos e merecem atenção e muita cautela com as propostas trazidas por autores sobre o ensino da ética nos cursos de medicina. Assim, de uma maneira geral, enfocamos inicialmente o que vem ocorrendo com o uso do conhecimento racional aplicado à vida humana. Azevedo (1998, p.128) enfatiza que “os novos conhecimentos sobre a vida e a

natureza estão gerando técnicas com arrojado poder de manipulação do ser humano. O crescente uso destas técnicas está revelando o descompasso entre o progresso da tecnologia e a maturidade das reflexões morais sobre suas conseqüências”. Refletimos sobre a necessidade de criação de padrões atuais sobre o que é certo ou errado, bom ou ruim, tomando como referência os valores morais vigente, na sociedade atual.

A respeito desse descompasso existente entre o humanismo e o tecnicismo, ou seja, mais especificamente sobre a formação ética do médico, Rego (2003, p. 103) pondera “[...] que no passado, e apenas no passado, era comum os médicos considerarem que, se fossem bons técnicos, seriam necessariamente éticos em sua prática; que ser ético era, para médicos, algo inato. Mas não podemos fazer isso”.

Um dos motivos para esse posicionamento, provavelmente está relacionado à incorporação de tecnologias na prática médica. É sabido que o poder da ciência sobre os homens intensifica-se a cada dia, chegando até mesmo a tornar os seres dependentes quimicamente de medicamentos que produzem o prazer, a alegria, a felicidade, conduzindo, dessa maneira, a um verdadeiro império das indústrias farmacêuticas sobre a vida humana.

A partir deste final de século, já se percebe que médicos, biólogos, enfermeiros, ecologistas etc., somente estarão preparados para o exercício profissional se, ao lado de competente formação técnica, também tiverem sido treinados para o reconhecimento de conflitos éticos, análise crítica de suas implicações, uso de senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana. (AZEVEDO 1998, P. 128).

Dentro desse contexto de novas descobertas científicas, busca-se pensar a responsabilidade e a importância da formação ética do médico. Alerta Siqueira (2005) que o ensino da ética nos cursos de medicina, no Brasil, caracteriza-se, ainda, por uma visão marcadamente deontológica (Código de Ética Profissional), necessária, mas não suficiente para, na atualidade, atender às necessidades de formação do profissional médico. Para a solução desse problema, entende que será necessário não só ocorrer uma reestruturação nas Universidades e cursos de formação médica, mas, também, será imprescindível uma nova metodologia de ensino da ética, em que a mesma seja capaz de se adequar aos novos questionamentos apresentados pela sociedade. Nesse sentido, reivindica Siqueira (2005) uma integração entre as disciplinas acadêmicas, com o objetivo de facilitar o reconhecimento do ser humano em sua totalidade, ou seja, como um ser biopsicossocial.

Um outro ponto a ser considerado no debate sobre o ensino da ética nas escolas médicas é o trazido por Muñoz (2006), o qual chama a atenção para a preocupação

dos Conselhos de Medicina com o crescente número de processo éticos e administrativos contra médicos. No ano de 1985, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) convidou os professores de ética das faculdades de medicina desse Estado para dialogarem sobre o ensino da ética. Ao comentar o documento do CREMESP, afirma Muñoz (2006, p. 217-218):

[...] é comum o médico denunciado, ao ser chamado pelo Conselho para tomar ciência de uma acusação de infração ética, demonstrar desconhecimento dos princípios éticos da medicina; questionado sobre as circunstâncias do ilícito ético por ele cometido, fica patente sua ignorância das normas do código de ética médica, e ele, geralmente, declara ter adotado a conduta que aprendeu na prática, fazendo o que muitos fazem; perguntado sobre as aulas de ética que teve na faculdade, é freqüente a referência de que não lembra se as teve. A conclusão do Conselho é que, muitas vezes, se vê na contingência de punir o médico pela sua ignorância e desinformação, o que poderia, eventualmente, ter sido evitado se a formação acadêmica do profissional tivesse sido melhor.

Essa realidade também é sentida pelo Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB). Neves (2006), por exemplo, revela que o mesmo recebe mensalmente entre 30 a 40 denúncias éticas contra médicos. Por essa razão, afirma Muñoz (2006, p. 218) que “[...] é melhor instruir para não ter de punir”.

Ainda nos resta fazer referência a mais um argumento importante, para que seja repensado o ensino da ética na formação do médico: trata-se do apresentado por Rego, Palácios e Schramm (2006), que faz menção à insatisfação da população brasileira quanto aos serviços prestados e recebidos do sistema de saúde:

Uma recente pesquisa mundial sobre saúde, que teve sua fase brasileira realizada na Fiocruz, obteve informações sobre o “desempenho do sistema de saúde” e a “avaliação da assistência de saúde feita pelos usuários”: No geral, 21,8% das pessoas se disseram insatisfeitas e 36% muito insatisfeitas com o funcionamento da assistência de saúde no País. Mesmo entre os usuários de planos de saúde, o percentual de insatisfação (insatisfeito e muito insatisfeito) é alto, chega a 72% dos entrevistados que têm planos privados. (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2006, p. 166).

Existem justificativas que explicam esses problemas enfrentados pelos médicos, atualmente, mas o próprio CREMESP (2006, p. 9) ressalva: “A prática médica está firmemente baseada na relação que o médico constrói com o paciente. Habitualmente o resultado tem sido o atendimento adequado ao doente e à coletividade”.

4.1. O contexto da ética nos cursos de medicina

Iniciamos observando a grade curricular de uma Faculdade privada do interior de São Paulo, que tem seu curso de medicina reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura por meio da Portaria n°. 1786/93 - 21/12/1993. Esse curso tem como objetivo:

- Promover a graduação de um médico com formação geral técnico-científica, ética e humanística, capacitado à promoção, proteção e recuperação da saúde nos níveis primário e secundário, resolutivo, que dê ênfase à propedêutica e ao método clínico.
- Valorizar a prática como eixo organizador do Currículo, promovendo a inserção do aluno nos cenários reais da atuação médica (no âmbito do SUS), e sua atuação de forma progressivamente responsável.
- Valorizar estratégias de ensino/aprendizagem que estimulem a participação ativa do aluno na construção do seu próprio conhecimento, desenvolvendo, através da reflexão e da metodologia científica, o espírito crítico.
- Desenvolver no profissional a competência para a atuação em equipe, no mercado de trabalho, de forma adequada à realidade. <<http://www.unoeste.br/site/cursos/cg.asp?cod=12>>, Acesso em 05 mar. 2008.

Esse curso de medicina se propõe fornecer ao futuros médico uma formação “[...] generalista, humanista, crítica e reflexiva”, de modo que ele esteja capacitado “a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/cursos/cg.asp?cod=12>>, Acesso em 05 mar. 2008).

Ao se analisar a estrutura curricular da universidade supra mencionada, é possível perceber a preocupação em colocar, no mercado de trabalho, médicos com uma formação generalista e humanista, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, preconizadas pelo Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação (Parecer n°. CNE/CES 1.133/2001 aprovado em 07/08/2001 – Anexo II), as quais determinam, explicitamente:

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do

Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender** que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2007).

É importante ressaltar que o Parecer nº. CNE/CES 1.133/2001, aprovado em 07/08/2001, foi o fundamento para a Resolução CNE/CES nº. 4, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas por todas as Instituições do Sistema de Educação Superior do País. No artigo 3º, indica claramente o perfil do médico que os cursos de medicina deverão formar:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional **o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos**, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>, grifos nossos).

Logo mais abaixo, exatamente no artigo 4º, inciso I, pode-se ler: “Os profissionais devem realizar seus serviços **dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética**, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo” (grifos nossos).

Partindo dessas argumentações legais, Rego, Palácios & Schramm (2006, p. 171) ressaltam:

Para formar o médico de que tratam as diretrizes curriculares não bastam os conteúdos dos códigos que disciplinam a vida social, nem tampouco uma visão simplista dos princípios de beneficência, não-maleficência e mesmo autonomia do paciente. Na prática médica, é necessário que o profissional seja capaz de incluir o outro entre suas preocupações [...].

Assim, os fundamentos vão ao encontro da política nacional de educação preconizada pelo Ministério da Educação, qual seja, a de formar um médico com conhecimento científico sólido e responsabilidade social, sem se esquecer, entretanto, que o bom médico, isto é, aquele que os pacientes procuram e no qual confiam – deve combinar técnicas científicas com bom comportamento, aparência, postura e atitudes dignas e éticas. Além disso, deve ser capaz de combinar técnicas científicas com valores individuais, sociais e morais da comunidade na qual se encontra inserido. Por essa razão, alguns cursos de medicina têm estruturado seus desenhos curriculares, incluindo disciplinas de cunho humanístico desde o primeiro ano, com o objetivo de fazer aflorar no aluno a sensibilidade, as habilidades, atitudes, responsabilidades e qualidades humanísticas que priorizem o auxílio e o bem-estar do paciente como um todo.

Nessa perspectiva, busca-se entender a contribuição da disciplina de ética/bioética na formação desse perfil médico nacional, como se encontra prevista na grade curricular e em que momento são debatido os conteúdos éticos e os dilemas bioéticos, na formação desse médico. Com essa finalidade, procuramos observar a grade curricular.

A grade curricular do Curso de Medicina dessa Faculdade privada do interior de São Paulo contempla uma carga horária total de 10.204 horas, das quais 4.284 horas são destinadas a Estágio Curricular (internato – 5º e 6º), quer dizer, existe quase uma equiparação entre horas teóricas e práticas. Os conteúdos estão agrupados de forma modular, ou seja, encontram-se agrupados em módulos, buscando proporcionar ao aluno uma maior relação entre teoria/prática e, conseqüentemente, uma inter-relação entre as disciplinas.

O conteúdo de ética médica e bioética faz parte do módulo denominado “Programa de Aproximação à Prática – PAPP”, o qual possui uma carga horária total de 68 horas semestrais, dedicadas às Bases Humanísticas da Práxis Médica, que recebem os conteúdos de Ética Médica, Bioética, Comunicação Humana, História da Medicina, Psicologia Médica e Metodologia do Trabalho Científico, em que se observa uma necessidade de fragmentação dos conteúdos, dentro dessa carga horária de 68 horas. Se se dividir igualmente essa quantidade por cinco disciplinas, tem-se um total de 13,6 horas destinadas à Ética Médica e Bioética, isto é, menos de duas horas mensais.

Esse módulo tem início no primeiro termo e vai até o sexto termo do curso de medicina, porém o conteúdo de ética médica e bioética somente é abordado durante o primeiro e o segundo termo, correspondentes ao primeiro ano.

Novamente, no quarto ano do curso de medicina, o discente tem contato com a Ética Médica, que igualmente se encontra diluída dentro de um módulo chamado “Saúde do Adulto”, cujo conteúdo concerne exclusivamente ao Código de Ética Médica, ou seja, uma abordagem puramente deontológica.

Para finalizar, no sexto termo, os alunos, por meio de grupos pequenos, participam de um curso de ética médica, com duração de aproximadamente duas horas semanais por grupos, nas quais são pontuados temas em que há maior concentração de queixas e processos jurídicos e administrativos contra profissionais de saúde. Assim, enfocam as questões sobre sigilo profissional, declaração de óbito, abandono de tratamento por pacientes, enfim, temas que podem expor a risco direto os profissionais da saúde.

Analisando os conteúdos acima descritos, é possível concluir que, apesar de o curso ter como objetivo formar um médico com perfil humanístico, com essa quantidade e qualidade de temas que envolvem a ética/bioética, o que acaba por se ter é um médico com formação muito mais legalista do que humanista, quer dizer, existe uma tendência em formar médicos com atitudes legalistas, com pouca ênfase na conscientização dos valores individuais e sociais. Basicamente, o ensino da ética ficou centrado na deontologia médica, cuja preocupação é ensiná-los a agir exclusivamente em conformidade com a lei. Ocorre que, na maioria das vezes, a lei não contempla todos os conflitos éticos que os alunos vivenciam, no cotidiano, culminando por provocar angústia, medo, insegurança, quando os estudantes enfrentam situações em que a lei não lhes indica saída.

Somado ao aspecto legalista da ética, alguns desenhos curriculares de determinadas escolas, como a Universidade Estadual de Londrina – UEL, Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, dentre outras, estão optando pela inclusão de conteúdos da Bioética em seus currículos, com o objetivo de prepararem os profissionais de saúde para o exercício da reflexão sobre seus atos, ao mesmo tempo em que visam a formar médicos que promovam o diálogo e a humanização, nos atendimentos aos pacientes. De fato, como sublinha Segre (1999, p. 23), “Bioética é a 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)”. A referência de Segre (1999) pressupõe alguns caminhos para a reflexão bioética, por meio das seguintes subdivisões:

[...] a Macrobioética, abordando matérias como a Ecologia, visando à preservação da espécie humana planeta, ou a Medicina Sanitária, dirigida para a saúde de determinadas comunidades ou populações, e a Microbiética, voltada basicamente para o relacionamento entre profissionais de saúde e os pacientes, e entre as instituições (governamentais ou privadas), os próprios pacientes, e, ainda, no interesse deles com relação aos profissionais de saúde. (SEGRE, 1999, p. 23).

Recepcionando esse enfoque ético, em que o cidadão é sujeito ativo no processo de criação e de responsabilidade social, o médico é co-responsável nesse cenário, pois atua diariamente na vida e bem-estar de pacientes, famílias e comunidades.

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Educação, com fundamento no Parecer CNE/CES 1133/2001, publica a Resolução CNE/CES nº. 4 , de 7 de novembro de 2001, a qual Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Anexo III), fixa o perfil para o médico a ser formado em todas as universidades nacionais, quer na esfera pública, quer na privada, além de determinar as competências, as habilidades e os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina. O objetivo dessa resolução é que as instituições responsáveis pela formação médica se organizem e estruturem, para formarem médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capacitados a atuar pautados em princípios éticos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, além de se constituírem em promotores da saúde integral do ser humano.

Para tanto, arrola concretamente os conteúdos curriculares que devem ser desenvolvidos por todos os cursos de medicina do Brasil, visto que eles

[...] devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina.

Devem contemplar:

- Conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- **Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;**
- Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- Compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;
- Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os

critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;

· Promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte; atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental. (<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>, grifos nossos).

Em consequência, as Faculdades de medicina do Brasil têm reestruturado seus Projetos Político-Pedagógicos, buscando formar esse perfil do médico generalista e humanista, alterando o desenho curricular e inserindo os conteúdos de bioética, desde o primeiro até o último ano.

Para complementar, apresentamos, além do curso dessa Universidade privada do interior de São Paulo, um outro curso de medicina de uma Universidade Pública, localizada no interior do Estado Paraná, que teve seu currículo totalmente reformulado, possuindo, em sua grade curricular, um módulo denominado “Habilidades Clínicas e Atitudes”, onde se encontram todos os conteúdos éticos e bioéticos, iniciando na primeira e indo até a quarta série. No internato médico (compreende 5º e 6º ano), esse conteúdo está concentrado especificamente no quinto ano, na disciplina de Deontologia e Bioética, a qual aborda temas pontuais, conforme transcrito abaixo.

Primeira Série

3MOD111 - Introdução ao estudo da medicina

3MOD112 - Concepção e formação do ser humano

3MOD113 - Metabolismo

3MOD114 - Funções Biológicas

3MOD115 - Atualização I

3MOD116 - Mecanismos de agressão e defesa

3MOD117 - Abrangências das ações da saúde

3MOD108 - Habilidades clínicas e atitudes I

3PIN101 - Práticas interdisciplinares de ensino, serviços e comunidade I

Segunda Série

3MOD211 - Nascimento, crescimento e desenvolvimento

3MOD212 - Percepção, consciência e emoção

3MOD213 - Processo de envelhecimento

3MOD214 - Proliferação celular

3MOD215 - Atualização II

3MOD401 - Locomoção e Preensão

3MOD217 - Doenças resultantes da agressão ao meio ambiente

3MOD208 - Habilidades clínicas e atitudes II

3PIN202 - Práticas interdisciplinares de ensino, serviços e comunidade II

Terceira Série

3MOD301 - Dor

3MOD302 - Dor abdominal, diarreia, vômitos e icterícia

3MOD303 - Febre, inflamação e infecção

3MOD304 - Problemas mentais e do comportamento
3MOD305 - Atualização III
3MOD306 - Perda de sangue
3MOD307 - Fadiga, perda de peso e anemias
3MOD308 - Habilidades clínicas e atitudes III
3PIN303 - Práticas interdisciplinares de ensino, serviços e comunidade III

Quarta Série

3MOD206 - Saúde da mulher, sexualidade humana e planejamento familiar
3MOD402 - Distúrbios sensoriais, motores e da consciência
3MOD403 - Dispneia, dor torácica e edemas
3MOD404 - Desordens nutricionais e metabólicas
3MOD405 - Atualização IV
3MOD406 - Manifestações externas das doenças e iatrogenias
3MOD407 - Emergências
3MOD408 - Habilidades clínicas e atitudes IV
3PIN404 - Práticas interdisciplinares de ensino, serviços e comunidade IV

INTERNATO MÉDICO - 5ª SÉRIE

Escala de Rodízio: 5ª Série - Período Letivo de 2006

Escala de Férias: 5ª Série - Período Letivo de 2006

Disciplina de Deontologia e Bioética - 3EST577

Divisão de Grupos para Apresentação de Seminários

Temas dos Seminários. (<http://www.ccs.uel.br/medicina/curso/modulos.php>)

Acesso em 06 fev. 2007, grifos nossos).

Observa-se que, o modelo clássico de ensino da ética, através da disciplina de Medicina Legal e Deontologia e com poucas horas para o conteúdo de ética, está-se tornando obsoleto, além de insuficiente para atender à necessária formação humanística do médico, já que, com a interferência cada vez maior da tecnologia na vida e saúde humana, os mesmos acabaram por perder a capacidade de resposta para os dilemas morais da atualidade. Para isso, basta considerarmos, por exemplo, as tomadas de decisões frente ao abortamento de um feto portador de anencefalia, ao tratamento fútil, à distanásia, à redução embrionária, ao mapeamento genético, à terapia gênica, à alocação de recursos em saúde, à mãe de aluguel, à clonagem humana, dentre outros, para se perceber quão limitada é a contribuição oferecida pela ética deontológica.

Destacamos igualmente o desenho curricular adotado por uma Universidade Pública do interior de São Paulo, a qual foi fundada no ano de 1966 e estadualizada em 1994. O curso médico dessa faculdade tem como propósito a formação de profissionais capazes de desenvolver “elevados padrões de excelência no exercício da medicina, na geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de intervenção que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas” (Disponível em: <<http://www.famema.br/medicina/>>, Acesso em 05 mar. 2008).

Feuerwerker (2002, p. 171) destaca que o Projeto Político-Pedagógico da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA – tem como objetivo principal o de “[...] prover aos estudantes de boa qualificação profissional”, além de querer “[...] capacitar os estudantes para o processo contínuo de aprender a aprender”, dentre outras aspirações.

Feuerwerker (2002, p. 171) salienta: “Os quatro princípios centrais que orientavam a proposta eram a aprendizagem autodirigida, a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem em pequenos grupos e a aprendizagem orientada à comunidade”.

O mesmo autor entende ser a Aprendizagem Autodirigida uma nova proposta, por meio da qual o estudante deveria preliminarmente compreender os primeiros passos do caminho para aprender a aprender. Isso aconteceria através da busca e aquisição de conhecimentos contínuos e persistentes, em que os estudantes seriam encorajados a definir seus próprios objetivos de aprendizagem e tomar responsabilidade por avaliar seus progressos pessoais, na relação com os objetivos formulados.

A Aprendizagem Baseada em Problemas parte do pressuposto, conforme Komatsu et al. (apud FEUERWERKER, 2002, p. 172), de que

[...] significado da aprendizagem aumenta quando o estudante consegue aplicar o conhecimento em seu cotidiano ou quando ele reconhece, em sua vida e em suas atividades, situações semelhantes às estudadas. Na nova proposta, o problema – uma situação ou questão de atenção à saúde – seria utilizado como estímulo à aquisição de conhecimento e compreensão de conceitos e também para o desenvolvimento de raciocínio clínico, de habilidades e atitudes.

Salienta a autora não haver nenhuma necessidade de ocorrer uma exposição formal prévia das informações que seriam oferecidas aos alunos, mas recomenda que sejam seguidos alguns passos para a construção de uma trajetória lógica na interpretação, desenvolvimento e compreensão do caso-problema hipotético²².

Assim, a Aprendizagem Baseada em Pequenos Grupos, esclarece Feuerwerker (2002, p. 173), estaria ligada com a Aprendizagem Baseada em Problemas, pois esta poderia acontecer tanto de maneira individual como coletiva, mas a nova proposta seria um grupo de tutoria, como sendo “[...] o local privilegiado para encorajamento do pensamento crítico, pois nesse espaço se podem levantar argumentos, idéias podem ser construídas de

²² Não transcrevemos a seqüência dos passos, por entendermos que não acrescentaria benefícios ao tema abordado. Nossa intenção é apenas e tão somente conceituar os princípios centrais que orientavam a proposta de aprendizagem, porém não descrevê-los.

maneira criativa, novos caminhos podem ser estabelecidos. Os tutoriais, portanto, permitiriam a análise coletiva de problemas que espelhariam a prática profissional futura”.

E, por fim, com relação à Aprendizagem Orientada à Comunidade, explicita Feuerwerker (2002):

Segundo a nova proposta, existia um amplo acordo internacional a respeito da necessidade de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem de modo que fossem oferecidas aos estudantes oportunidades para desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes compatíveis com as exigências dos tempos atuais. Um programa de ensino-aprendizagem orientado à comunidade seria uma das possibilidades fortemente consideradas para concretizar essa mudança. Os estudantes, organizados em equipes, realizariam pesquisas na comunidade e várias outras ações que permitissem a eles adquirir experiências em vigilância à saúde e em análise e solução de problemas, bem como habilidades clínicas relacionadas aos cuidados de saúde da comunidade, possibilitando que no futuro sejam participantes ativos de programas de base comunitária. (FEUERWERKER, 2002, p. 174).

Afirma Feuerwerker (2002) que, na concepção de currículo, segundo a nova proposta, era relevante a existência de um programa de ensino-aprendizagem que estivesse voltado para a orientação da prática profissional e centrado nas necessidades dos pacientes, de seus familiares e da comunidade. Nesse sentido, seriam levantados os problemas existentes dentro desses cenários que serviriam de guia para definir os objetivos e os conteúdos que deveriam conter o programa, porque, com o levantamento dos problemas, iriam permitir aos alunos uma abordagem integrada entre o conteúdo de várias disciplinas, as quais possibilitariam a articulação das dimensões biológica, psicológica e social. “Propunham também que o currículo propiciasse aos estudantes a organização do conhecimento pela exploração de cada situação ou problema em torno de três perspectivas indissociáveis: a biológica, a psicológica e a populacional” (FEUERWERKER, 2002, p. 175).

No plano biológico são mencionadas explicitamente: anatomia humana, biologia celular, histologia, embriologia, genética e evolução, fisiologia, biologia molecular, bioquímica, farmacologia, patologia, parasitologia, microbiologia, imunologia, nutrição, clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia e pediatria.

No plano psicológico, são apontadas as ciências comportamentais, como a psicologia, a psiquiatria, sociologia, antropologia, filosofia e ética. Neste caso são identificados, o poder da relação médico-paciente, as questões éticas na tomada de decisões, o respeito à autonomia do paciente, o segredo médico e o impacto da doença no estilo de vida do pacientes e na dinâmica familiar.

No chamado plano populacional, são mencionadas: epidemiologia, epidemiologia clínica, bioestatística, saúde coletiva, economia em saúde, sociologia, antropologia, direitos difusos e legislação e bioética. (Grifo

nosso) (KOMATSU et al., 1997a, apud FEUERWERKER, 2002, p. 175).

Com isso, a estrutura curricular do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA foi desenvolvida centrada no aluno, baseada em problemas e orientada para a comunidade; vale lembrar que a mesma já vinha sendo organizada desde o ano de 1997,

[...] segundo unidades educacionais, que integram conteúdos de diversas disciplinas (unidades verticais) e trabalham o desenvolvimento de habilidades profissionais e a inserção do estudante nos serviços de saúde, a partir da 1ª série (unidades horizontais). A abordagem dos conteúdos das unidades ocorre em pequenos grupos, sendo facilitada por um docente (tutor/instrutor). Nas unidades verticais são utilizados problemas ou situações de saúde que permitem a exploração do conhecimento prévio dos estudantes, o desenvolvimento do raciocínio clínico e epidemiológico, a formulação de hipóteses, a busca e análise crítica do conhecimento necessário para a melhor explicar o problema e a formulação de planos de cuidado para situações individuais e coletivas. Nas unidades horizontais (Interação Comunitária e Habilidades Profissionais) os estudantes desenvolvem habilidades a partir do contato supervisionado com pacientes, famílias e comunidade. Os estudantes são estimulados a trabalhar cooperativamente nos pequenos grupos, a reconhecer necessidades de aprendizagem e a utilizarem recursos para provê-las ao longo de sua formação e da vida. Requer, de todos os estudantes, uma postura ativa, responsável, ética e colaborativa. A prática de avaliação objetiva incluir na rotina do trabalho educacional a capacidade de fazer e receber críticas e a de aproveitar as avaliações para a melhoria contínua dos desempenhos, das relações, das unidades e do curso. <<http://www.famema.br/pbl/index.htm>>, Acesso em: 05 mar. 2008.

Vale salientar que o currículo, segundo os autores supra mencionados, é dinâmico e se encontra em permanente transformação, por entenderem que esse processo permite uma construção coletiva e democrática, afinada com as necessidades e requerimentos da sociedade e atualizada em função da evolução da ciência e da tecnologia. Dentro desse contexto, frisam os autores, no final de 1997 e início de 1998, iniciou-se um processo de mudança nos cursos de Medicina e Enfermagem, com o objetivo de promover uma integração entre os conteúdos tidos como básicos e os clínicos, além de passarem a adotar metodologias de ensino consideradas como ativas, dentro do processo ensino-aprendizagem. Todas essas ações pedagógicas, destacam os autores, visavam a produzir um desenvolvimento curricular dinâmico e permanente, na busca da melhoria na qualidade de ensino dos futuros médicos e enfermeiros; com isso se lançaram no desafio, acreditando que sempre haverá o que construir,

pois o ensino deve ser dinâmico e tentar contemplar as necessidades individuais e da coletividade.

No curso da FAMEMA, há uma preocupação explícita:

O currículo dos cursos da Famema está orientado por competência, ou seja, pela prática profissional. Essa orientação é retratada na seleção de conteúdos, de atividades de ensino-aprendizagem, de cenários de prática e de desenvolvimento de recursos que são trabalhados de modo articulado e integrado, no sentido da construção do conhecimento e de outras capacidades. A definição e a utilização de competência profissional para a formação na área da saúde está em consonância com as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina e Enfermagem e favorece a integração entre a teoria e a prática e entre os mundos do trabalho e da academia. Também representa uma proposta de formação profissional compromissada com as necessidades e demandas da nossa sociedade, que requer profissionais com uma prática integral, ética, crítica, criativa, em equipe e de aprendizado permanente (BRASIL, 2001). Esta proposta de currículo está pautada no conceito de integralidade do cuidado, sob a ótica das necessidades de saúde e com uma educação transformadora, crítica e reflexiva, cuja aprendizagem significativa passa a sustentar esta proposta, estimulando a produção de conhecimento, promovendo a reflexão sobre a prática e, conseqüentemente, sua transformação. Para o alcance desta educação transformadora a Famema optou por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, onde o estudante é o sujeito no ato de aprender. (< <http://www.famema.br/unidades/>>. Acesso em 05 mar. 2008).

Segue abaixo um demonstrativo da estrutura curricular seguida pela FAMEMA, para o curso de graduação médica, lembrando que o mesmo é desenvolvido anualmente e se encontra organizado em unidades educacionais sistematizadas e unidades de prática profissional. Nessas unidades educacionais sistematizadas, o estímulo para a aprendizagem é uma representação da realidade, apresentado através de uma situação-problema, na forma de papel, previamente construída pelas equipes responsáveis pela elaboração dessas unidades.

Estrutura Curricular Curso de Medicina

1ª série

Necessidades de Saúde 1		
Prática Profissional 1		

2ª série

Unidade Integrada I	Unidade Integrada II	Eletivo
---------------------	----------------------	---------

3ª série

Ciclo de Vida 1		Ciclo de Vida 2
Interação Comunitária 3	Eletivo	Interação Comunitária 3
Habilidades Profissionais 3		Habilidades Profissionais 3

4ª série

Eletivo	Apresentações Clínicas 1		Apresentações Clínicas 2	
	Interação Comunitária 4			
	Habilidades Profissionais 4			
5ª série				
Eletivo/férias	Saúde do Adulto I	Emergência e Trauma	Saúde Materno- Infantil I	
6ª série				
Eletivo/férias	Saúde do Adulto II	Saúde Materno- Infantil II		

Dados fornecidos pelo Curso de Medicina
Última modificação: 30/03/2004

(Disponível em: <http://www.famema.br/medicina/grade.htm>. Acesso em 05 mar. 2008).

Tendo essa estrutura curricular como referência, salienta-se que os conteúdos de ética e bioética se encontram diluídos dentro dos módulos, organizados seguindo os preceitos descritos pelos planos biológico, psicológico e populacional. Assim, a interdisciplinaridade passa a fundamentar o desenho curricular do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA –, porque, ao partirem de situações-problema, simuladas pelos docentes envolvidos com o tema abordado, os alunos, ao se debruçarem sobre o estudo do caso, acabam sendo levados a considerar os fundamentos da ética e bioética. Desse modo, desde o primeiro ano até o último, os dilemas éticos e bioéticos passam a fazer parte da formação profissional médica, não ficando concentrados apenas em determinados momentos do curso, como ocorre em outros desenhos curriculares já mencionadas neste estudo.

Sabendo que no momento atual, início do século XXI, vive-se uma forte interferência da tecnologia na vida humana e, com ela, as intervenções da biotecnologia acabarão por provocar adequações nos mais diversos setores da sociedade. Nesse sentido, reflete-se sobre uma possível e necessária reestruturação das instituições formadoras, inclusive na escolha de uma metodologia de ensino que se ajuste aos novos questionamentos apresentados pela sociedade, o que necessariamente incluirá a integração de diferentes disciplinas acadêmicas que permitam reconhecer o ser humano, em sua complexidade.

Um ponto a destacar será também a formação dos docentes que desenvolvem o conteúdo de ética, uma vez que se acredita que o professor de ética/bioética, assim como os demais, não pode ser apenas alguém que irá ocupar simplesmente um espaço, que pouco ou nada entende do conteúdo a ser ensinado.

Assim, demonstra-se que, além da estruturação técnica do profissional médico, existe a necessidade de uma formação de profissionais reflexivos aptos a lidarem com situações práticas. Por exemplo: num acidente com várias vítimas graves, qual será o critério de escolha médica para determinar, dentre os feridos, qual deles deverá ocupar o único leito da UTI disponível?

O modelo de ensino médico, eminentemente técnico, descrito por Schon (2000, p. 19), em que “[...] os médicos são supostamente treinados como biotécnicos solucionadores de problemas, através da imersão primeiramente, na ciência médica e, depois, na prática clínica supervisionada em que aprendem a aplicar as técnicas baseadas na pesquisa do diagnóstico, do tratamento e da prevenção”, não capacita totalmente os médicos em sua prática diária, na qual, além da técnica, necessitam de um referencial bioético.

Freire (1996, p. 33) salienta que “divinizar ou diabolizar a tecnologia ou a ciência é uma forma altamente negativa e perigosa de pensar errado. Pensar certo, pelo contrário, demanda profundidade e não superficialidade na compreensão e na interpretação dos fatos”.

Não se questiona a obtenção dos conhecimentos, porém o uso a eles dado. Não há, nem deve haver limites para o conhecimento do progresso da vida, mas para a aplicação desse conhecimento. A ciência e o conhecimento, situados na lógica do lucro capitalista, pouco se interrogam sobre os fins éticos. Estão muito mais interessados nos meios para se atingir fins previamente estabelecidos, não se perguntado pelo caráter moral desses fins.

Como enfatiza o filósofo alemão Hans Küng (1998, p. 39), “[...] devemos avançar de uma ciência sem ética para uma ciência eticamente responsável; de uma tecnocracia que domina o homem para uma tecnologia que esteja a serviço da humanidade do próprio homem”. Caso isso não ocorra, muito rapidamente, questiona-se se nós mesmos e não apenas nossos descendentes não iremos viver, como realidade, a ficção escrita no ano de 1932, por Huxley, em *Admirável Mundo Novo*, no qual teríamos uma sociedade de homens com imaginação limitada, liberdade nula, mas satisfação absoluta. Assim, uma sociedade de seres, geneticamente tratados e à prova de deficiências imunológicas e outros defeitos, constituirá uma comunidade de seres humanos perfeitos.

Com a influência dos conteúdos trazidos pela biotecnologia, bioengenharia e Engenharia Genética, enfim, o ensino da biologia em geral passa por modificações. Provavelmente, o mesmo poderá ocorrer com o ensino da ética médica tradicional. Dessa maneira, no ensino da ética tradicional, igualmente se poderia incorporar, além dos conteúdos deontológicos, os de bioética.

Nesse sentido, a bioética surge como uma nova reflexão para a ética tradicionalista, que vincula as relações humanas com a vida, saúde e integridade física de todos os seres humanos, sensibilizando o desenvolvimento social. Seu nome indica uma forma

especial de ética, em que se conjugam o aspecto biológico e as relações de deveres profissionais.

Dentro desse contexto, o ensino da bioética deve estar atrelado à capacidade do professor em suscitar no aluno a reflexão no meio da ação, conforme proposto por Schon (2000), segundo o qual, “em um presente-da-ação, um período de tempo variável com o contexto durante o qual ainda se pode interferir na situação em desenvolvimento, nosso pensar serve para dar nova forma ao que estamos fazendo, enquanto ainda o fazemos. Eu diria, em casos como este que refletimos-na-ação”.

Assim, o presente estudo busca refletir sobre a importância em se reformular e adequar os desenhos curriculares dos cursos de medicina, inserindo a disciplina de bioética ao lado da deontologia clássica. Além disso, considera a necessidade de se terem professores com formação específica em bioética, capazes de transmitir ao aluno valores morais a serem acionados no processo decisório, diante dos conflitos bioéticos do cotidiano.

CAPÍTULO V

O ENSINO DA BIOÉTICA NAS FACULDADES DE MEDICINA

No final do século XX e início do XXI, observa-se um aumento no uso de tecnologias aplicadas à saúde humana, quer como meio de fazer um diagnóstico, quer como forma de tratamento de certas doenças. Assim, a cada minuto, pode-se dizer que um novo equipamento ou aparelho é criado, com a função de identificar muitas vezes, precocemente, uma doença ou mesmo para tratar a pessoa que se encontra acometida por esse mal. Com isso, os novos conhecimentos sobre a vida e a natureza acabam gerando técnicas com arrojado poder de manipulação do ser humano. Azevedo (1998) nos alerta para o descompasso existente entre o progresso da tecnologia e a maturidade das reflexões morais sobre as conseqüências que ela pode provocar no ser humano:

Idéias, reflexões e análises que ofereçam padrões do que é bom e do que é ruim, do que é certo e do que é errado, à luz dos valores morais vigentes, estão se tornando parte integrante da formação profissional nas áreas da biologia, saúde, ambiente, direito, economia e comunicação, entre outras. A partir deste final de século, já se percebe que médicos, biólogos, enfermeiros, ecologistas etc., somente estarão preparados para o exercício profissional se, ao lado de competente formação técnica, também tiverem sido treinados para o reconhecimento de conflitos éticos, análise crítica de suas implicações, uso de senso de responsabilidade e obrigação moral ao tomar decisões relacionadas à vida humana. (AZEVEDO, 1998, p. 128).

Segundo Muñoz (2006), desde o ano de 1985 o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo tomou a iniciativa de convidar alguns professores de ética das faculdades de medicina do Estado para discutirem o ensino da ética nas escolas médicas, pois detectaram falhas no aprendizado dos médicos sobre questões éticas. Formou-se uma comissão, que ficou encarregada de estudar o assunto e fazer sugestões de como deveria ser ensinada a ética, nas escolas médicas, a qual partiu de alguns pontos eleitos como significativos para o ensino da ética pelas faculdades, dentre os quais Muñoz (2006, p. 218) destaca: “Ter ética ou ser ético? Qual deve ser o objetivo do ensino da ética? Deve visar que o aluno tenha ética ou que seja ético? Deve informar ou formar? Será suficiente capacitá-lo a adotar condutas segundo padrões e normas socialmente impostas?”

Muñoz (2006) defende a necessidade de ensinar ao aluno as regras que regem o exercício profissional, mas sem esquecer da importância em dotar esse futuro profissional de sensibilidade para detectar problemas, além do aparelhamento crítico que lhe

permita analisar situações, normas, princípios e valores envolvidos, de sorte a desenvolver o senso de responsabilidade para assumir posturas mais conscientes e de tomar decisões sobre a melhor conduta a ser adotada em cada caso. Alerta que um dos principais problemas da disciplina é o distanciamento entre o que diz o professor de ética e a realidade constatada pelo aluno, em seu cotidiano.

Em outras palavras, para o aluno a conduta adotada pela maioria dos médicos e professores é a norma a ser seguida. Como a postura do professor de ética contradiz comumente essa regra geral, ele está fora da norma e, portanto, ele é normal. É o que ocorre, por exemplo, quando o professor explica aos alunos que a afirmação inverídica para favorecer o paciente (atestado médico gracioso ou de favor) é crime punível com detenção de um mês a um ano. Essa prática é tão corriqueira que, diante do olhar desconfiado do aluno quanto à veracidade do que foi dito e, pior, quanto à sanidade mental de quem o disse, o professor sente-se na obrigação de declarar aos alunos: “Pessoal, eu não sou louco, vocês podem achar absurdo, mas todo médico que dá atestado falso está cometendo crime!”. Em se tratando de regras é mais fácil convencê-los: basta mostrar o código! Algumas posturas bioéticas, entretanto, podem ser bem mais difíceis de serem completamente assimiladas pelo aluno, porque ele constata, na prática exatamente o contrário do que diz o professor de ética em sala de aula. (MUÑOZ, 2006, p. 219).

Ao lado do fator acima mencionado, Muñoz (2006) apresenta também um outro problema no ensino da ética: chama a atenção para o momento em que é ministrado o conteúdo. Afirma que, na maioria das faculdades, este é dado no quarto ano, sendo que, a essa altura do curso, o aluno já passou por cadeiras clínicas e cirúrgicas e está frequentando as enfermarias e hospitais, tendo contato com pacientes e aprendendo condutas que nem sempre são condizentes com o que lhe será ensinado posteriormente, em ética. Com isso, conclui Muñoz (2006) que o ensino da ética deveria ser feito antes que o aluno adquirisse o vício profissional, ou seja, nos primeiros anos da faculdade. Por outro lado, se assim ocorresse, os alunos poderiam não estar tão interessados em discutir assuntos teóricos, abstratos, filosóficos, porém em desenvolver atividades práticas.

Muñoz (2006) se pergunta em que momento, então, deve ser lecionada a ética. Ele próprio responde, acreditando que o melhor momento para promover o debate dos temas éticos é ao longo de todo o curso médico, isto é, à medida que as disciplinas fossem abordando conteúdos práticos em que pudessem surgir os dilemas morais. Assim, a ética seria debatida juntamente com o desenvolvimento de cada etapa da faculdade.

Outro ponto que, para Muñoz (2006), é relevante considerar, no ensino da ética, é a conduta profissional dos professores, porque os alunos tendem a copiar o modelo de seus mestres. Se os professores não possuírem condutas éticas, como esperar que o aluno as

tenha? O autor adverte para que, desse modo, o ensino da ética deveria estar centrado, primeiramente, nos professores. A fim de que isso ocorra, apresenta uma proposta para começar o trabalho rumo a esse objetivo, ou seja, que o professor de ética procurasse

[...] conscientizar os demais docentes da escola médica sobre a importância do assunto, e tentar conseguir que dediquem pelo menos uma aula de suas disciplinas à discussão de condutas éticas. Um modo de conseguir tal objetivo é motivá-los é dar-lhes oportunidade para discutir ética por meio de atividades programadas conjuntamente. (MUÑOZ, 2006, p. 220).

Segundo Muñoz (2006), outros pontos devem ser levados em conta para o ensino da ética em faculdades de medicina. Entre eles, destacamos:

O perfil do professor de ética, que deve ter vivência dos problemas da área para poder discuti-lo com os alunos, formação humanística, conhecimento dos princípios e normas que regem a profissão, além de conhecimento de História da medicina, isto é, da evolução do pensamento médico sobre o assunto tratado, e, **Ética não se ensina, se discute**, o professor não deve impor sua conduta ao aluno, mas discutir com ele o problema, ou melhor, incentivá-lo a pensar, analisar a questão frente aos valores, princípios e normas sociais, enquadrando-a em sua própria razão, segundo seus próprios valores, princípios de verdade e/ou ditames de sua consciência, de modo a externar uma opinião autêntica. (MUÑOZ, 2006, p. 220-221, grifos nossos).

De fato, algumas questões nos parecem fundamentais e merecem ser evidenciadas, a esta altura: as faculdades deveriam se organizar, para ensinar Deontologia, Ética médica ou Bioética? Se Bioética, por que, quando e como ensiná-la? Qual o perfil do professor de bioética?

5.1. Ensino da Deontologia e da Bioética

Iniciamos este tópico com algumas considerações conceituais sobre a Deontologia e sua relação com o Código de Ética Médica. Hossne (1998, p. 133) explicita: “Deontologia (termo criado por Bentham, em 1834) e a diceologia médica, enquanto estudo de deveres e direitos dos médicos, respectivamente, são parte integrante da ética médica”. Portanto, para o autor, os chamados Códigos de Ética Médica nada mais são, na realidade, que códigos de deontologia e diceologia, pois determinam tanto os direitos como os deveres dos médicos.

Acrescenta Durant (2003, p. 92): “A deontologia médica do início do século XX é uma ética corporativa, isto é, elaborada pelas pessoas da profissão e para elas.

Ela é como uma reserva de caça, um assunto de família”. O autor faz ainda uma referência ao juramento de Hipócrates, salientando que, por um lado, o mesmo contém regras éticas que visam à proteção dos doentes, mas, por outro, pretende a proteção do médico e de sua família, assim como a de sua corporação.

Durant (2003) sublinha que, além do aspecto corporativo da prática médica, a pesquisa e a experimentação também eram assuntos altamente restritos, ou seja, a princípio, esse conhecimento só interessava aos médicos, uma vez que ao público pouco interessava o que acontecia no interior dos laboratórios dos pesquisadores. Todavia, com o desenvolvimento biomédico ocorrido por volta dos anos sessenta, muitas coisas mudaram, no cotidiano dos médicos e pacientes. Surgiram problemas novos, além de aparecerem novas maneiras para tratar antigos males, para os quais, até então, não existia solução. O autor afirma que essas soluções não interessavam somente os médicos, mas estendiam-se aos outros profissionais da área da saúde, como técnicos de laboratório, enfermeiras, psicólogos, administradores, assistentes sociais.

Com essa evolução, o quadro corporativista da reflexão ética rapidamente se mostrou inadequado. Diante de questões tão vastas e complexas, é necessário conhecer dados provenientes de diversas disciplinas, analisar fatores que dependem de uma multidão de ciências (e de profissões). Diante de questões que colocam em causa as escolhas da sociedade, é normal que a decisão não mais seja reservada a uma corporação, mas que seja levada ao debate público e dependa do consenso. Daí provêm dois traços característicos da bioética: multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, segundo a insistência colocada no grau de integração das disciplinas entre si. (DURANT, 2003, p. 93).

No entender de Hossne (1998), os avanços científicos e tecnológicos foram os responsáveis pelo aumento dos dilemas éticos, o que acabou repercutindo na área médica, que vive, de um lado, a crescente complexidade da atuação profissional do médico, juntamente com as mudanças socioculturais, e, do outro, a ética, a partir dos anos oitenta do século passado, está sendo cada vez mais valorizada, questionada e invocada.

Entretanto, para Caramico et al. (2007), enquanto a ética está sendo valorizada, a ciência e o cientificismo estão sendo supervalorizados. Isso implica graves intercorrências na atitude humanista dos médicos, já que esses avanços tecnológicos estão ocorrendo sem uma correspondente reflexão ética sobre eles.

Dentro dessa realidade, os cursos de medicina, depois de passados trinta e cinco anos do surgimento da Bioética, com Potter, enfrentam “[...] um desafio de criar uma ponte entre o passado hipocrático, que estudava a doença para compreender o doente e o

presente em que a medicina, dia a dia, voltou-se mais para a doença sem a relação com as estruturas sociais, educacionais e psíquicas dos doentes” (CARAMICO et al., 2007, p. 77).

Nas duas últimas décadas, os problemas éticos da Medicina e das ciências biológicas explodiram em nossa sociedade com grande intensidade. Isto mudou as formas tradicionais de fazer e decidir utilizadas pelos profissionais da Medicina. Constitui um desafio para a ética contemporânea providenciar um padrão moral comum para a solução das controvérsias provenientes das ciências biomédicas e das altas tecnologias aplicadas à saúde. A Bioética é o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e cuidado da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais. (CLOTET, 2003, p. 15).

Refletindo sobre a influência do uso das tecnologias, na vida humana, os dilemas éticos, na maioria das vezes de difíceis soluções, os problemas decorrentes das inovações das ciências biomédicas, da engenharia genética, da embriologia e das altas tecnologias aplicadas à saúde, perguntamos: por que Bioética?

5.2. Por que ensinar Bioética?

Argumenta Clotet (2003) que razões não faltariam para justificar a bioética, principalmente se se considerar que a sociedade brasileira, a todo o momento, está sendo surpreendida pelos meios de comunicação com notícias que anunciam novas técnicas para início e término de vida, além de inovações maravilhosas no tratamento de algumas doenças. Conclui por ser inquestionável o progresso das ciências biológicas e biomédicas, as quais acabam por alterar os processos da medicina tradicional, que apresenta novidades insuspeitas. A partir dessa constatação, tece alguns questionamentos:

Quem acreditaria, vinte anos atrás, que um ser humano pudesse ser concebido fora do corpo de uma mulher? Ou que duas senhoras reclamassem o direito à maternidade sobre o mesmo nenê, por terem participado, uma e outra, da fecundação e gestação do mesmo? Ou que um ser humano pudesse ser mantido em um estado vegetativo irreversível por vários anos? Ou que um casal gerasse um filho com a finalidade precípua de ser doador de tecido medular para filha afetada de leucemia? (CLOTET, 2003, p. 16).

Ainda dentro desse enfoque, Diniz (2001) acrescenta mais alguns questionamentos, envolvendo aspectos como: a legalização da eutanásia; os procedimentos de clonagem humana, com a finalidade de se criarem seres humanos sem cérebros, que sirvam de

repositórios de órgãos; a possibilidade da formação dos bancos de óvulos, espermatozóides, de embriões, com a finalidade única de produção e transplante de órgãos.

No fechamento desses questionamentos, Caramico et al. (2007, p. 77) acrescentam que, “[...] tendo entre estas variantes uma gama de pensamentos e correntes a serem discutidas e é nesse momento que se aplica àquilo que a bioética tem de especial, a capacidade de abrir horizontes e disseminar o respeito pelas idéias do outro”.

Existe ainda um ponto a ser considerado, na busca da resposta para a indagação por que bioética:

Nesse clima de pensamento científico que clama por progresso, liberdade e evolução, encontram-se pontos ético-morais discutíveis, nos quais a influência da sociedade em que se vive acarreta no jovem um confronto em relação a esses desafios que surgem durante o curso de medicina. Isto não é um fato novo, vem de 1910 quando Flexner encabeçando uma série de relatórios que na ocasião se reportavam contra a criação de faculdades de Medicina nos Estados Unidos, foi apoiado pelas fundações privadas americanas e pela AMA (*American Medical Association*), com seus médicos-cientistas, gerando uma nova característica de relacionamento entre o ensinar-aprender na faculdade de medicina entre médico e paciente, mais técnica, porém muito menos humanista. (CARAMICO et al., 2007, p. 77).

Reforça Siqueira (2005) que esse modelo de ensino, com a atenção centrada nos conhecimentos especializados e focada em tecnologias sofisticadas, subestima o desenvolvimento das habilidades médicas fundamentais e acaba por promover, nos estudantes de medicina, um verdadeiro fascínio pelos equipamentos, que chegam a ser mais importantes do que o próprio ser humano enfermo. Nesse caso, não seria necessário nem mesmo ouvir os pacientes, pois consideram que os aparelhos falam por eles. Cita inclusive um estudo que avaliou a relação médico-paciente, em serviços público e privado de saúde.

Neste estudo foram entrevistados 647 pacientes, sendo 324 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 323 de plano de saúde privado. Resultados relativos aos pacientes do SUS evidenciaram: a) tempo de permanência dos pacientes na sala de espera para atendimento médico superior a 90 minutos: 171 (53, 1%). b) usuários que não foram chamados pelo nome durante a entrevista médica: 105 (32,6%). c) tempo de duração da consulta inferior a 10 minutos: 223 (69,9%). d) pacientes nos quais não se realizou exame físico: 97 (30,2%). e) pacientes que não voltariam ao mesmo médico caso tivessem a opção de escolha de outro profissional: 66 (20,6%). (SIQUEIRA 2005, p. 404).

Analisando esse trabalho, observa-se uma grande indiferença dos profissionais de saúde com as pessoas enfermas que necessitam de atendimento médico.

Quando esse atendimento acontece, é permeado pela impessoalidade no relacionamento médico-paciente, porque poucos foram os pacientes que, durante a consulta, foram chamados pelo nome. Essa realidade na saúde está levando a uma total desumanização da prática médica. Por essa razão, Siqueira (2005, p. 404) enfatiza:

Pratica-se, desse modo, o mais perverso modelo de medicina: cega e surda. Surda, porque o paciente não sendo acolhido como sujeito, é impedido de manifestar-se como pessoa autônoma. Cega, porque, limitando-se a compreender a doença apenas como pobres variáveis biológicas e/ou bioquímicas, não enxerga o ser humano como ele verdadeiramente é.

Frente a essa realidade social e atual, que permeia a prática médica, parece clara a necessidade de adequação do ensino da ética, nos cursos de medicina. Siqueira (2005) entende que esse estudo não se esgota apenas na deontologia, pois o modelo tradicional oferecido pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia mostra-se insuficiente para uma adequada qualificação do médico. Chama atenção Siqueira (2005) para a realidade vivida atualmente, numa sociedade plural e secularizada, onde o médico se depara em seu dia-a-dia com conflitos morais de difíceis soluções, como os casos de abortamento, quando mãe é portadora de um feto anencéfalo²³, a eutanásia, a atual resolução do Conselho Federal de Medicina, que estabelece critérios para não reanimar pacientes com doenças incuráveis – as Ordens de Não-reanimar –, a interrupção de medidas que dão suporte vital, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a fertilização humana assistida, o congelamento de embriões humano, a clonagem humana, que são alguns dos desafios que os médicos da atualidade ainda não se defrontaram, mas que, com certeza, enfrentarão. Sendo assim, não basta os médicos serem exímios conhecedores dos códigos morais e legais, visto que, na maioria dos dilemas éticos, as soluções não se encontram prontas e acabadas dentro desses manuais; muito pelo contrário, as soluções, na grande maioria das vezes, deverão ser construídas em conjunto, profissional da saúde e paciente. Tal comportamento vai exigir do médico novas atitudes, isto é, respeito à autonomia do paciente, espírito de tolerância, prudência e, acima de tudo, humildade para criar relacionamentos mais simétricos com a pessoa enferma.

Nessa perspectiva, levantamos um questionamento: como poderíamos entender o ensino da bioética, no contexto de uma faculdade de medicina? Para a resposta, Caramico et al. (2007, p. 78) se posicionam, ao afirmar que “[...] podemos dizer que a função

²³ Segundo o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2001, p. 213), significa monstruosidade em que não há abóbada craniana e os hemisférios cerebrais ou não existem, ou se apresentam como pequenas formações aderidas à base do crânio.

primordial da bioética é ter como objetivo indicar valores, promovendo os princípios básicos e primários, alcançando assim, a modelagem de virtudes para uma conduta profissional adequada”.

Quando os autores fazem referência à modelagem de virtudes, acreditamos que essa atitude soa dogmática. Talvez o mais adequado fosse pensar em uma educação que privilegie o desenvolvimento de virtudes, nos futuros médicos. Neste caso, não há nenhuma garantia de que essas virtudes serão plenamente desenvolvidas, porém, isso tem um papel importante na formação do médico, sobretudo levando em consideração o juramento hipocrático.

As virtudes como a prudência e a humildade fazem parte da recente preocupação de Potter (1998), quando, após quinze anos de publicação de seu livro *Bioethics bridge to the future* (Bioética, uma ponte para o futuro), em uma palestra apresentada em vídeo, no IV Congresso Mundial de Bioética, em Tóquio, trata a “bioética como nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade”.

Por outro lado, Siqueira (2005, p. 405) observa que “[...] o ensino de deontologia e bioética são complementares e não excludentes. Ocorre que, para atender a abrangência temática de ambas é necessário carga horária muito maior do que a oferecida atualmente na maioria das escolas médicas do país”.

Assim, para Siqueira (2005), a bioética tem a função de complementar tudo aquilo que é explanado na deontologia e medicina legal, porém, com tolerância, prudência e poder de discriminação que lhe são característicos. Todavia, para tanto se faz necessário o ajuste com a carga horária dos desenhos curriculares dos cursos de medicina. Enfim, em que momento do curso de formação médica deveria ser ensinada a bioética?

5.3. Quando ensinar Bioética?

No capítulo IV, abordamos o ensino da ética e da bioética nos cursos de medicina de três universidades brasileiras. Neste momento, buscamos fazer uma breve recapitulação do tema, acrescentando outras experiências relacionadas com o momento de se ensinar, especificamente, a bioética.

Nas páginas anteriores, constatou-se a pequena quantidade de horas destinadas ao ensino da ética, no curso de medicina, a maioria das quais se concentra no

quarto ano, ou seja, quando muitos dos alunos já passaram por disciplinas como clínica médica e cirúrgica, bem como já freqüentaram estágios em enfermarias e postos de saúde.

Com esse enfoque, Siqueira (2005) cita um estudo pioneiro de Meira (2004), que analisou 79 escolas de medicina do Brasil e constatou como a disciplina tem sua carga horária subestimada, na grade curricular do curso.

De um total de 8.640 horas oferecidas no período de graduação, apenas, 50, ou seja, 0,6% da carga horária integral do curso médico são destinadas ao ensino de ética. Com carga horária entre 10 e 50 horas concentrada, sobretudo no 3º, 4º ou 5º anos do curso, reduzido número de docentes, formado essencialmente por professores da área de Medicina Legal, pode-se avaliar as grandes limitações da disciplina em cumprir suas finalidades. (MEIRA, apud SIQUEIRA, 2005, p. 406)

Siqueira cita igualmente Hossne (1998), a propósito de alguns dados colhidos pela Sociedade Brasileira de Bioética, em que o ensino da Ética aparece sendo ministrado em conjunto com a disciplina de Medicina Legal:

[...] em várias instituições não há nem mesmo a disciplina identificada como ética. Na maioria das vezes, a carga horária, reduzida, é centrada na 3º ou na 4º série (7º e 8º semestres) e o conteúdo programático é concentrado (ou exclusivo, às vezes) no estudo do Código de Ética Médica, vale dizer, Deontologia. (HOSSNE, 1998, p. 136).

Mesmo assim, salientam Caramico et al. (2007) que existe um debate sobre o ensino da bioética, entre docentes, quanto à elaboração da ementa, bem como à metodologia a ser adotada. No que concerne ao momento em que se devem iniciar os debates sobre temas polêmicos, como aborto, eutanásia, transfusão de sangue em pacientes testemunhas de Jeová, enfim, temas da bioética, explicitam:

Alguns docentes preconizam o início do curso de bioética no curso de Medicina desde o 1º semestre com ênfase na Antropologia, História da Medicina e etc., aumentando a carga de conhecimentos progressivamente até os últimos semestres quando seriam observadas suas necessidades de interação com os casos à medida que forem surgidos. Este também é o pensamento de outros que a Ética deveria ser lecionada nos seis anos do curso, acompanhando o aluno e discutindo os problemas éticos na medida em que surgem. Existem escolas que entendem que no ensino da bioética deva existir uma formação de núcleo, que tem o propósito de ampliar as discussões e o ensino de bioética em toda a comunidade em que se insere. (CARAMICO et al. 2007, p. 79).

Corroborando essa tese, Siqueira (2005) alude a um relatório apresentado pela Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina, do ano de 1985, o qual já assinalava que o período ideal para o ensino da ética, segundo alguns docentes, era desde o início do curso, estendendo-se ao longo de toda a graduação médica, chegando inclusive a ser inserido nos cursos de pós-graduação.

Siqueira, Hiromi & Eisele (2002) realizaram um estudo sobre a experiência da Universidade Estadual de Londrina com o ensino da ética, em seu curso de graduação médica, através de questionário enviado aos egressos de medicina. Quando perguntados sobre qual o período mais adequado para a introdução de temas de bioética, no curso médico, responderam:

Considerando-se o melhor momento para a introdução das questões de ética/bioética na formação médica, a maioria dos estudantes que cursou a disciplina de Deontologia e Bioética sugeriu que a mesma ocorresse durante todo o período de graduação. Atualmente, na UEL, embora permaneça a disciplina de Deontologia e Bioética - com carga horária de 34 horas oferecida no 5º ano do curso (1º ano de internato) -, a implantação do novo modelo pedagógico do "ensino baseado em problemas" (PBL) permitiu a inserção da temática de ética/bioética ao longo de todo o curso. (SIQUEIRA; HIROMI; EISELE, 2002, p. 93).

Tendo em vista os dilemas éticos cada vez mais presentes na prática médica, Hossne (1998) comenta que, na maioria das vezes, os mais jovens (internos e novos residentes) vivenciam situações que causam certo constrangimento, incômodo, chegando até mesmo a provocar angústia. "Só que a angústia, ao invés de ser resolvida, equacionada, discutida, é camuflada com o subterfúgio de semântica de que o procedimento é consagrado; assim, dilemas éticos são escondidos e vivenciados como pré-requisitos para a formação". HOSSNE (1998, p. 136)

Diante desse pano de fundo, algumas universidades têm apresentado proposta na tentativa de solucionar esses conflitos:

Uma delas, adotada em algumas Faculdades (poucas, ainda, como Faculdade de Medicina da USP-SP, Ribeirão Preto, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina de Botucatu e outras), é a de ministrar-se o ensino da ética desde a 1ª série e não apenas concentrá-lo no meio do curso. E, o mais, importante, vincular a discussão da ética em torno de temas e das disciplinas que estão sendo ministradas. Assim, na 1ª série ocorre discussão sobre a ética do uso do cadáver (junto à disciplina de Anatomia), ética da relação professor-aluno; na fase do ensino de fisiologia, farmacologia, por exemplo, discussão da questão da ética do uso dos animais de laboratório, fraude em pesquisa e no curso

profissionalizante, discussão e ética sobre aborto, eutanásia, transplante, infecção hospitalar, política de saúde, prioridades em saúde, ética em pesquisa. (HOSSNE, 1998, p. 137).

Frente ao exposto, parece-nos correto concluir que tanto os docentes como os discentes desses cursos de medicina concordam que os temas de bioética devam ser debatidos ao longo de todo o curso de graduação médica, ou seja, perpassar desde o primeiro ano até o último período da graduação. Consideram, ainda, que essa discussão deveria se estender até as pós-graduações, porque, como previsto por “André Hellegers, primeiro diretor do Instituto Kennedy de Bioética, nos primeiros anos da década de 1970, que os problemas que se apresentariam aos médicos nos anos subseqüentes seriam cada vez mais de natureza ética e menos de ordem técnica” (SIQUEIRA, 2005, p. 406).

Assim, as discussões de bioética devem ocupar todos os momentos possíveis da formação médica, porém as questões éticas não podem ficar “amarradas” em grades curriculares fixas, por ser o ensino da bioética dinâmico e tendo que acompanhar os avanços da ciência, da tecnologia juntamente com valores morais e sociais. “Essa condição torna incompatível o ensino de bioética em carga horária tão reduzida e através de metodologia convencional de transmissão passiva de conhecimento” (SIQUEIRA, 2005, p. 406).

5.4. O ensino da bioética e o professor de ética

Sendo a bioética uma nova e complexa área de saber, surgida há menos de quatro décadas, sem dúvida um dos principais desafios a ser enfrentado será o pedagógico, quer dizer, o de como ensinar bioética.

Caramico et al. (2007) questiona se a bioética seria uma disciplina, um ramo do conhecimento que se aprende, uma matéria de ensino? Ou, “[...] como definiu Potter, desde 1970 até 1998, um conceito de interdisciplinaridade para se atingir uma nova sabedoria (1971), uma ponte interligando éticas (1970) ou uma nova ciência, como veremos a seguir que pode surgir dos conhecimentos interdisciplinares” (CARAMICO et al., 2007, p. 79).

Dessa forma, alertam Caramico et al. (2007) para o fato de que o professor de bioética poderia se encontrar, não raramente, em dilemas metodológicos, pois, sendo a bioética interdisciplinar, restaria indagar como ficaria o modelo tradicional de ensino, ou seja, o de tipo disciplinar.

Azevedo (1998, p. 129), servindo-se de Lenoir (1996), acrescenta que,

[...] se o escopo da Bioética deve ser multidisciplinar, resta saber se é preferível tê-la dentro de uma formação disciplinar clássica – com o educador encarregado, responsável por recorrer às competências de outros participantes, segundo as modalidades que ele pode definir – ou se deve constituir uma nova disciplina por inteiro. Nesta última hipótese se coloca o problema da concepção da formação a ser usada pelos futuros professores de Bioética.

No que tange ao ensino da bioética, situado entre o modelo clássico (através de disciplinas) ou uma outra metodologia de ensino que contemple ainterdisciplinaridade, para Siqueira (2005) não resta dúvida de que a ética deve ser ensinada seguindo-se um novo modelo metodológico, uma vez que o modelo adotado até então, pelos professores, de aulas magistrais, onde os temas são expostos pelos docentes como verdades prontas e acabadas, pelo menos quanto ao ensino da ética médica, não mais atende às necessidades diárias dos estudantes de medicina. É necessário fazer um ajuste entre os conflitos éticos advindos da tecnologia e os debates éticos e bioéticos postos ao agir médico, na atualidade. Com isso, surge a necessidade em se adequar os conteúdos programáticos das disciplinas curriculares, pois o ensino da ética que é desenvolvido pela grande maioria dos cursos médicos encontra-se em descompasso com a realidade social.

Importante considerar ainda, não invariavelmente, estas aulas tradicionais apontam para realidades distantes dos dilemas que os alunos vivenciam no cotidiano e freqüentemente guardam pouco ou nenhuma relação com os conflitos morais que lhe serão apresentados na futura prática profissional. Nesse modelo passivo de ensino, os estudantes são estimulados a refletir sobre diferentes valores morais e respeitar convicções e/ou crenças pessoais dos pacientes. Percebe-se assim que o ensino de ética no curso médico está atrasado em relação às reais necessidades do momento de evolução da sociedade, pois reluta em abandonar as raízes deontológicas, enquanto a atualidade pede soluções concebidas dentro de atitudes intersubjetivas moldadas numa relação médico-paciente mais simétrica e que privilegie o respeito à autonomia da pessoa enferma, o que nem sempre está contemplado nos códigos de normas. (SIQUEIRA, 2005, p. 407).

Azevedo (1998) lembra que a bioética se desenvolveu num contexto caracterizado pela junção de saberes de várias disciplinas. Acrescenta que a divisão do conhecimento em disciplinas é arbitrária, já que cientistas e educadores são herdeiros de uma cultura que identifica as disciplinas como algo inerente ao conhecimento científico.

Assim, Azevedo (1998, p. 130) define os termos *multidisciplinaridade*, *interdisciplinaridade* e *transdisciplinaridade*, segundo entendimento de Felice, Giordon e Souchon (1995), da seguinte maneira:

Multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade – consiste na simples justaposição de disciplinas. Nenhum pressuposto de ligação entre elas é exigido.

Interdisciplinaridade – requer o conhecimento do conceito de cada disciplina envolvida a fim de integrá-las.

Transdisciplinaridade – Requer uma unidade conceitual entre as disciplinas. (FELICI; GIORDON; SOUCHON, apud AZEVEDO, 1998, p. 130).

Desses conceitos e suas relações com a estrutura pedagógica dos cursos e currículos, conclui Azevedo (1998) ser a multidisciplinaridade a forma mais simples e comum usada em qualquer parte do mundo. Já a interdisciplinaridade, ele a considera um pouco mais difícil, mas afirma ser a marca de certas áreas do saber, dentre as quais a biologia, química, física etc. E, por fim, a transdisciplinaridade é extremamente difícil de ser alcançada, em virtude da escassez de conhecimento em mais de uma disciplina prevista para a integração. Fecha seu raciocínio destacando que essa dificuldade existe devido à tradição histórica de produzir e transmitir conhecimento em pacotes chamados disciplinas, os quais descaracterizam a unidade existente na ciência. Entretanto, finaliza dizendo que, para ser um bioeticista, é preciso ser também biólogo, médico, filósofo e jurista, ou seja, ter conhecimento de outras ciências, além da bioética.

O autor salienta que por essa situação também passou a Genética, que, com o tempo, teve que enfrentar a transdisciplinaridade, enquanto, em bioética, nos países europeus, a transdisciplinaridade já é uma proposta didática. Porém, nas universidades norte-americanas, o termo *interdisciplinaridade* é usado para definir a concepção didática do curso.

Avaliando o cenário atual do ensino da Bioética, percebe-se que países europeus direcionam-se no sentido de transdisciplinaridade, enquanto as universidades americanas tendem à interdisciplinaridade. Sendo a interdisciplinaridade um meio caminho à transdisciplinaridade, à medida que o tempo consolida as experiências pedagógicas em várias partes do mundo, a Bioética terá mais bem compreendida sua concepção didática. (AZEVEDO, 1998, p. 131).

Para Azevedo (1998), o ensino da bioética exige práticas pedagógicas específicas, pois esta possui uma diversidade de saberes e

[...] seu objetivo didático de abrir horizontes para a percepção de responsabilidades morais, traduzem sua complexidade. Atingir este objetivo será extremamente difícil pela transmissão de conhecimentos de forma compartimentada, ministrados por professores, muitas vezes, sem compromisso acadêmico com a própria finalidade de ensinar Bioética. É fundamental que, pelo menos, um ou mais professores, diretamente responsáveis pelo ensino da Bioética, dominem o conceito de cada

disciplina envolvida (interdisciplinaridade), ou melhor, ainda, consiga, com esforço e tempo, perceber a unidade conceitual entre as disciplinas que compõem um curso de Bioética (transdisciplinaridade). Finalmente, para o ensino da Bioética, percebe-se que uma concepção multidisciplinar não satisfará. A simples justaposição de conhecimentos de antropologia filosófica, biologia, genética, ética, filosofia e direito sem que os professores percebam a interdependência conceitual entre estas disciplinas, sua unidade conceitual e conheçam a especificidade de seus conteúdos, jamais resultará em ensino eficaz. (AZEVEDO, 1998, p. 131-132).

Com enfoque na educação médica do ocidente, constata-se que o ensino médico passou por momentos significativos na história, pois, segundo Komatsu (1998, p. 223) a educação médica saiu de um currículo centrado, desde o início do século XX, no modelo de Flexner, ou seja, “centrado em órgãos da Case Western Reserve University dos anos 50, seguido pelo centrado em órgãos para o currículo centrado nas moléculas, no paciente e na população da Universidade de McMaster a partir do início da década de 70”.

Assim, afirma Siqueira (2005) que somente a partir dos anos 70 que se passou a construir currículo direcionado para a pessoa enferma e para a comunidade em que ela se encontra inserida, e foi quando se buscou um novo projeto pedagógico de aprendizagem baseada em problemas. Inicialmente, foi implantado, em 1970, na Universidade McMaster, no Canadá, seguido pela Holanda, em 1980, em 1986, em Harvard, e em 1997, em Cornell, nos EUA. No Brasil, as primeiras experiências com o método Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) foi na Faculdade de Medicina de Marília e na Universidade Estadual de Londrina, em 1998.

Ensino/aprendizagem é um ativo e contínuo processo de duas vias entre o professor e o estudante, percorrendo recursos educacionais, e imerso em um contexto social, cultural, político e econômico; tal processo envolve reconhecimento e sucessivas aproximações do objeto em estudo. Cremos que não há *aprendizado*, finito, estanque, unidisciplinar, mas sim, *aprendizagem*, processo ao longo da vida que envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes voltada à realidade e necessariamente interdisciplinar. (KOMATSU, 1998, P. 223).

Explica Komatsu (1998) que, na Aprendizagem Baseada em Problemas, utiliza-se um caso-problema como estímulo ao estudante, para buscar a aquisição de conhecimentos e habilidades, sem que seja feita nenhuma exposição formal sobre o caso; esse problema educacional deve refletir a realidade do estudante e sua prática diária, além de ser uma situação que provoque no aluno um desejo de estudar, para superar e solucionar o dilema proposto. Os problemas são explorados em sessões de tutorias, que têm em média oito alunos

e um ou dois professores como tutores, cujo papel é o de facilitar a aprendizagem dos estudantes. Não compete aos tutores ministrar aulas expositivas, mas motivar os alunos nos debates em torno do problema. Nessa metodologia de ensino, sublinha Komatsu (1998, p. 224), “o Professor não ensina [...] tem um papel mais nobre de orientar e facilitar a aprendizagem de cada estudante”.

Parafraseando Siqueira (2005), quando tece considerações sobre essa nova proposta pedagógica, podemos dizer que ela promove a integração curricular entre os ciclos básicos e clínicos, sendo organizada em módulos de ensino e não mais em disciplinas. Esse modelo veio em substituição ao modelo tradicional, em que a transmissão do conhecimento ocorria de maneira passiva, estruturada na verticalidade, o que não ocorre com o modelo atual, isto é, socrático, que valoriza a crítica e a construção horizontal do saber, feito através do exercício constante de aprender a aprender.

Desse modo, segundo Siqueira (2005), os cursos de medicina das instituições mencionadas passaram a ter um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador do processo. Além disso, alteraram a metodologia de ensino, passando a seguir a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), inspirada na maiêutica²⁴ socrática, pois concebem a relação mestre-aluno como dialógica. Assim, Siqueira (2005) traz à baila uma citação de Platão (1995), para esclarecer o significado de *maiêutica*, transcrita abaixo.

Mi arte mayéutuca tiene seguramente el mismo alcance que el de las comadronas, aunque con una diferencia, y es que se practica con los hombres y no con las mujeres, tendiendo además a provocar el parto en las almas y no en los cuerpos. [...] Resulta evidente, sin embargo, que nada han aprendido de mi y que, por el contrario, encuentran y alumbran en si mismos de numerosos y hermosos pensamientos. (PLATÓN, apud SIQUEIRA, 2005, p. 407).

Conforme Siqueira (2005), esse modelo pedagógico parece ser o mais adequado para o ensino da bioética, porque é realizado através de grupos pequenos, numa média de oito estudantes, que dialogam sobre situações-problema, por meio dos quais consideram todas as variáveis cabíveis ao caso estudado, utilizando, dessa forma, o método de aprendizagem. Sendo assim, essa nova metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) acaba sendo incompatível com o sistema que disciplinas, com carga horária fixa,

²⁴ Maiêutica significa, segundo o *Dicionário Aurélio* – século XXI (2001, p. 543), processo dialético e pedagógico socrático, em que se multiplicam as perguntas, a fim de se obter, por indução dos casos particulares e concretos, um conceito geral do objeto em questão.

ocupada por aulas expositivas, aplicadas a oitenta alunos, que ouvem em silêncio um professor colocar seus pontos de vista sobre um tema de ética. Para Siqueira (2005, p. 407), são “aulas expositivas sobre a temática são exercícios passivos e servem apenas para preencher carga horária, não para formar médicos com capacidade de bem se orientar diante dos graves dilemas morais que o exercício profissional imporá”.

Assim também se posiciona o psiquiatra, professor de História da Medicina e Bioética e diretor de pós-graduação da disciplina, na Complutense Universidade de Madri e do Instituto de Bioética da Fundação para Ciências em Saúde, professor Diego Gracia, que expressa seu ponto de vista sobre o ensino de bioética com as seguintes palavras:

Si algo me ha enseñado una experiencia de más de veinte años, ese algo es la adquisición de nuevos conocimientos, ni de habilidades nuevas, sino de algo más profundo, de una transformación de nuestro propio ser, [...] lo cual demuestra que enseñar ética, y más en concreto bioética, es muy difícil. No puede hacerse más que de una forma, huyendo de la mediocridad y el adocenamiento de la enseñanza académica e imitando al primer gran maestro de ética de la historia de Occidente, a Sócrates. (GRACÍA, apud SIQUEIRA, 2005, p. 408).

Estando a área da saúde cada vez mais influenciada pelos avanços científicos e tecnológicos, estes acabam provocando uma crescente complexidade na prática médica, porém, o emprego dessas novas tecnologias deve ser analisado sob um ponto de vista ético, não só técnico, visto que nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente correto e bom. Esse comportamento que idolatra a tecnologia, com certeza, irá comprometer a formação humanística do médico, conforme advertem Troncon et al. (1998, p. 99), ao comentar que

[...] as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de tecnologia sofisticada, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais; isto pode levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente [...]

Nesse sentido, parece-nos importante destacar que muito ainda há que mudar no modelo atual de ensino médico, para que se ofereça adequada formação ética para o estudante de medicina. Certamente, não são ações simples e isoladas, como alterações de conteúdos e disciplinas, porém devem ocorrer mudanças de paradigmas, que envolvem, segundo Siqueira (2005, p. 408), “a incorporação por professores e alunos de novas atitudes

frente ao conhecimento e a transmissão de valores. Tarefa de grande complexidade, outrossim, é formar pessoal docente preparado para essa missão, já que pequena ou nula é nossa tradição acadêmica em estudos transdisciplinares”.

Considerações Finais

No desenvolvimento deste estudo, iniciamos com uma discussão sobre os desafios postos à formação médica, na atualidade, quando procuramos apresentar aspectos do contexto científico e cultural, que, a nosso ver, nos possibilitam compreender de forma mais ampla os elementos da racionalidade científica, dos ideais de eficiência e dominação da natureza humana que estão implícitos no projeto científico moderno, que tem seus desdobramentos para os diferentes campos das práticas humanas, entre os quais se inclui a prática médica na atualidade.

Para isso, recorreremos ao diagnóstico realizado por Adorno e Horkheimer (1985) acerca da modernidade e o que dela decorre para a análise do nosso presente, no que diz respeito ao predomínio da racionalidade instrumental e o modo como administra a vida em sociedade. A medicina, situada nesse contexto, vem sendo desafiada por novas situações éticas, para as quais não tem resposta. O que se evidencia com tudo isso parece indicar a perda do sentido do humano e a crise do cidadão. Com os avanços técnico-científicos sendo incorporados, cada vez mais, à prática médica, tornou-se mais difícil estabelecer limites no uso desses avanços, porque tudo se funda na realização de desejos ilimitados, orientados pelas performances do mercado. Não é exagero afirmar que, em muitas situações, o glamour que produzem os novos aparelhos na prática médica acaba ganhando mais atenção do que as queixas e problemas vividos pelo paciente. Obviamente que não se trata aqui de negar a importância dessas tecnologias e o que elas representam, em termos de ganhos para a saúde, mas de ponderar sobre o modo como elas são incorporadas à prática médica e o que isso significa, em termos do cuidado para com o paciente.

Considerando que a vida moderna exige rapidez, produtividade, praticidade, eficiência e qualidade, para equilibrar tudo isso, necessitamos de limites e bom senso. O que nos proporciona esse equilíbrio é a ética. Nessa perspectiva, fizemos uma retrospectiva na história, de sorte a identificar a finalidade da medicina e sua relação com a vida, com a saúde e bem-estar das pessoas enfermas. Descrevemos alguns marcos históricos do surgimento da ética médica, desde Hipócrates, passando pelo movimento iluminista e a ética do dever kantiano, até chegar aos dias atuais, em que destacamos as discussões em torno de uma nova ética para o agir médico.

Com os avanços da tecnologia e suas repercussões na vida dos seres humanos e da sociedade, decisões acerca da manutenção da vida são, em muitos casos,

relegadas à competência médica, para determinar quem deve viver ou quem deve morrer. Surge, por conseguinte, a necessidade de se ajustar o ensino da ética médica às novas demandas postas com os avanços tecnológicos aplicados à medicina. Fez-se necessário, também, estabelecer diretrizes legais básicas na formação dos profissionais de saúde, bem como promover um ajuste nos conteúdos éticos desenvolvidos em salas de aula, além do desenvolvimento de metodologias de ensino inovadoras.

Nesse novo contexto social, algumas preocupações emergem. Dentre elas, a formação da consciência e do caráter dos profissionais que podem decidir sobre o destino de vidas e que têm de responder por seus atos, perante a comunidade moral. O momento atual clama pelo surgimento de uma ética aplicada aos novos valores sociais e que contemple reflexões principalmente na área da saúde, isto é, na formação dos futuros médicos, visto que a ética deontológica já não mais atinge esse objetivo. Uma ética prática, que alcance os problemas morais advindos do progresso biomédico, que proporcione uma reflexão ética específica sobre os abusos praticados na experimentação humana, iniciada durante o regime nazista na Alemanha, as questões de início de vida, como o abortamento, a distanásia, a redução embrionária, a alocação de recursos em saúde, o útero de aluguel, a clonagem humana, os bancos de sêmen, o genoma humano, os transgênicos, os transplantes de órgãos, o momento da morte cerebral, a eutanásia.

É imperioso levar em conta, também os avanços alcançados no campo das tecnologias, da indústria farmacêutica e da bioengenharia que, a cada instante, geram novos dilemas éticos que incidem sobre a prática médica, dilemas nem sempre de fácil solução. Trouxemos para o debate a Bioética, uma ética prática, cujo intuito é pensar esses problemas que a atualidade tem posto aos seres humanos, que muitas vezes não encontram amparo nas correntes éticas tradicionais.

Assim, optamos por fazer uma análise sobre a formação humanística do médico e sua relação com a disciplina de ética médica, em três faculdades de medicina. Nosso objetivo foi analisar a presença da disciplina ética/bioética, na formação humanística do médico, como ela está inserida nas grades curriculares e em que momento são debatidos os conteúdos éticos e os dilemas bioéticos, na formação desse profissional. Dessa maneira, procurou-se observar, nas grades curriculares dos cursos de medicina de três Faculdades, sendo uma privada – a Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, e uma pública – Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, ambas localizadas no interior do Estado de São Paulo, além de uma outra, também pública, porém situada no interior do Estado do

Paraná, especificamente a Universidade Estadual de Londrina – UEL. Constatamos que poucas horas são destinadas ao ensino da ética médica, que se encontra concentrado nos últimos anos do curso médico e com enfoque legalista, isto é, centrado no Código de Ética Médica. As reflexões sobre os dilemas éticos, quando acontecem, estão inseridas dentro de módulos, porque as faculdades estudadas tiveram seus currículos reformulados e as disciplinas agrupadas por temas e afinidades: portanto, dentro dos temas, quando pertinentes, são discutidas as questões éticas.

Com a prática médica cada vez mais tecnicista e menos humanista, surge um descompasso entre o progresso da tecnologia e a maturidade das reflexões morais sobre as conseqüências que as mesmas podem provocar ao ser humano. Sendo assim, alguns professores de ética de diversas escolas médicas começaram a discutir o ensino da ética, entendendo como fundamental para o aluno aprender as regras que regem o exercício profissional, sem esquecer a importância em dotar esse futuro profissional de sensibilidade em detectar problemas, além do aparelhamento crítico que lhe permita analisar situações, normas, princípios e valores envolvidos, procurando desenvolver o senso de responsabilidade para assumir posturas mais conscientes e tomar decisões sobre a melhor conduta a ser adotada em cada caso. Alertaram que um dos principais problemas existentes com a disciplina de ética é o distanciamento entre o que diz o professor de ética e a realidade constatada pelo aluno, em seu cotidiano. Para Muñoz (2006), outros pontos igualmente é preciso levar em conta, como o perfil do professor de ética, tendo em em vista que Ética não se ensina, mas se discute.

Assim, buscamos finalizar nosso estudo, tecendo algumas considerações sobre o ensino da bioética, destacando o porquê, quando e como ensiná-la. No que se refere ao por que ensinar bioética, razões não faltariam, principalmente se observarmos que a sociedade brasileira, a todo o momento, está sendo surpreendida pelos meios de comunicação com notícias que anunciam novas técnicas para início e término de vida, além de inovações maravilhosas, no tratamento de algumas doenças. Parece-nos inquestionável o progresso das ciências biológicas e biomédicas. Assim sendo, seus efeitos acabam por alterar os processos da medicina tradicional. A esta altura, devemos nos lembrar de Caramico et al. (2007), quando afirmam que a bioética traz consigo algo de especial, ou seja, a capacidade de abrir horizontes e disseminar o respeito pelas idéias do outro.

Porém, o ensino da bioética tem-se desenvolvido em um contexto caracterizado pela junção de várias disciplinas, razão pela qual o mesmo vem acontecendo de maneira mais eficaz, nas universidades que optaram por uma reestruturação em seu Projeto Político-Pedagógico, desenho curricular e metodologia de ensino. Conforme salienta Azevedo

(1998), o ensino da Bioética, nos países europeus, direciona-se no sentido de transdisciplinaridade, enquanto as universidades americanas tendem à interdisciplinaridade. Entretanto, chama a atenção para que o ensino da bioética deva ocorrer dentro de uma prática pedagógica específica, pois possui uma diversidade de saberes e seu objetivo didático é abrir horizontes para a percepção de responsabilidades morais.

Sabe-se que, em todo processo formativo, existe a intervenção de dois fatores, quer dizer, ensino e aprendizagem. Assim, educar consiste em ensinar alguma coisa a alguém, que, por sua vez, a aprende, constituindo um processo ativo e contínuo de duas vias, entre o professor e o aluno. Sem esses requisitos, acredita Komatsu (1998) que não existe *aprendizado*, uma vez que o mesmo não é finito, nem estanque, muito menos unidisciplinar, mas *aprendizagem*, processo ao longo da vida que envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes voltadas à realidade e, necessariamente, interdisciplinar. É nesse contexto que se insere uma metodologia de ensino denominada “Aprendizagem Baseada em Problemas”.

Outro fator a ser considerado, no ensino da bioética, encontra-se na formação dos professores que a ministram. Sendo a bioética interdisciplinar, necessário se faz que o docente se ajuste ao modelo curricular modular e com a metodologia do Aprendizado Baseado em Problemas. Para tanto, uma capacitação profissional será urgente.

Todas essas ações servem para agregar, na formação de médicos, o perfil humanista. Sabe-se que a visão cartesiana do ser humano, que divide o corpo em partes isoladas, acaba por valorizar o médico especialista, substituindo o generalista. Somando essa prática especializada aos avanços dos tantos aparatos para diagnósticos e tratamentos, como aparelhos de ressonância magnética, ultra-sonografias, tomografias, exames laboratoriais sofisticadíssimos, dentre outros, o paciente passou a não ser mais visto como um ser integral, ou seja, como um todo, mas órgãos doentes e não pessoas adoentadas.

Com tanto recurso tecnológico, a relação médico-paciente acabou ficando mais fria e distante, porque o profissional já não mais utiliza o exame clínico e cada vez menos a anamnese criteriosa, para compreender o início da doença; ao contrário, ao invés de levantar a história clínica da doença, o médico solicita um arsenal de exames laboratoriais e radiográficos, os quais acabam substituindo o diálogo terapêutico. Ocorre, desse modo, uma prática médica denominada Medicina Tecnológica, que possui um alto custo, distanciando-se, cada vez mais, do compromisso social da medicina, qual seja, da prática de uma Medicina Humanística.

A prática médica predominante na sociedade atual é a tecnológica, que em muito se assemelha ao modelo de medicina social inglesa, descrito por Foucault (1988), o de uma medicina privada, que beneficiava quem tinha condições financeiras para custeá-la. Já a prática humanística se aproximaria do modelo inglês da medicina assistencial e administrativa, destinada aos mais pobres, mas, ao mesmo tempo, que se envolveria com problemas considerados gerais, como vacinas, epidemias etc.

Estando a prática médica atual fortemente influenciada pela biotecnologia e, conseqüentemente, se distanciando dos valores humanísticos, pode-se perceber que o ensino médico se encontra muito mais fundamentado em conteúdos fragmentados e específicos, do que em bases humanísticas. Por essa razão, alguns autores, já mencionados ao longo desta dissertação, fazem um alerta às escolas médicas, para que priorizem, em seus desenhos curriculares, disciplinas com conteúdos humanísticos, pois, se assim não procederem, correm o risco de transformar os estudantes de medicina em profissionais puramente tecnicistas, para os quais aparelhos e equipamentos tecnológicos passam a ser mais valiosos que o paciente.

Na verdade, a formação de um médico generalista e humanista é determinação legal. O Ministério da Educação, através das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina (Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001), em seu artigo 3º, explicitamente assim determina. Portanto, parece ter como objetivo reverter a prática médica denominada Medicina Tecnológica pela Medicina Social, uma vez que prioriza o atendimento primário a toda a população, prevenindo doenças e promovendo saúde.

Assim, para a formação desse médico humanista, nossa sugestão seria a de inserir o ensino dos temas de bioética ao lado dos conteúdos da deontologia médica, nos currículos dos cursos médicos, pois poderiam contribuir com reflexões e diálogos sobre os dilemas éticos que a biotecnologia tem posto à prática médica atual. Estariam juntos com os conteúdos disciplinares sendo agrupados em módulos interdisciplinares, já que, nesse caso, estaríamos diminuindo significativamente a fragmentação dos saberes, pois os cursos de medicina têm que preparar os alunos a aprender a aprender. Com a “avalanche” de informações que a cada minuto surge, fica difícil para os cursos suprirem todas as necessidades de conhecimentos requeridos para uma boa formação. Acreditamos que as mudanças na metodologia de ensino, passando do método tradicional, com aulas “magnas” expositivas, para a Aprendizagem Baseada em Problemas, nos moldes descritos nos capítulos anteriores, podem significar ganhos para a prática médica e para os pacientes.

Por fim, sabemos que a grande maioria dos professores dos cursos de medicina possui uma formação tecnicista, portanto, que valoriza as especializações e geralmente ministra aulas expositivas, com pouco ou quase nenhum diálogo com o aluno. Decorre dessa constatação a necessidade de uma capacitação pedagógica para o professor, a fim de que possa ocorrer uma adequação entre os métodos e técnicas tradicionais, adotados e seguidos pelos docentes, com essa nova proposta metodológica e pedagógica, ou seja, entre o tradicional e o inovador, de que advém a importância de ele participar e de se envolver na construção do novo currículo, pois, se não houver comprometimento dos docentes, dificilmente terá eficácia qualquer mudança pedagógica. São os professores os principais atores das ações, na prática cotidiana.

Dentro desse contexto, o ensino da bioética deve estar atrelado à capacidade do professor em suscitar no aluno a reflexão no meio da ação, tal como proposta por Schon (2000), segundo o qual, em um presente-da-ação, um período de tempo variável com o contexto, durante o qual ainda se pode interferir na situação em desenvolvimento, nosso pensar serve para dar nova forma ao que estamos fazendo, enquanto ainda o fazemos. Diríamos, em casos como este, que refletimos-na-ação.

Se permanecermos num modelo de ensino médico eminentemente técnico, por meio do qual os médicos são treinados como biotécnicos solucionadores de problemas e aprendem a aplicar as técnicas baseadas na pesquisa do diagnóstico, do tratamento e da prevenção, que não os capacitam totalmente para as suas práticas diárias, porque, além do conhecimento da técnica, necessitam de uma formação humanística para a qual se acredita que a bioética possa fornecer subsídios.

Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, N., *Dicionário de Filosofia*. Trad. coordenada e revista por Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio, Antonietta Scartabello, Carla Conti, Rodolfo Ilari e Sílvia Salvi. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. *Dialética do esclarecimento*. Trad. de Guido Antônio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ALMEIDA, J. L. T. Da moral paternalista ao modelo de respeito à autonomia do paciente: os desafios para o ensino da ética médica. In *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 24, nº. 1, p. 27-30, jan/abr 2000.

AMENÁBAR, A.; GIL, M. Filme: Mar Adentro: Disponível em: <<http://www.duplipensar.net/dossies/2005-Q1/oscar-2005-filme-mar-adentro.html> Acesso em: 24 ago. 2007.

ARCHER, L.; BISCAIA, J.; OSSWALD, W. *Bioética* 1.ed. Lisboa-São Paulo: Editorial Verbo, 1996.

AZEVEDO, E. E. S. Ensino de bioética: um desafio transdisciplinar. *Interface – Comunic, Saúde, Educação*, v.2, n.2. Fevereiro, 1998. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista2/artigo2.pdf>. Acesso em:

BACON, F. *Novum organum*. Trad. de Aluysio Reis de Andrade. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

BALANDIER, G. *O dédalo: para finalizar o século XX*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BERLINGUER, G. A ciência e a ética da responsabilidade. In NOVAES, A. (org.). *O homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 05 set. 2007.

BORGES, M. L. ; DALL'AGNOLL, D. ; DUTRA, D. V. *Ética*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. (O que você precisa saber sobre).

CAIRUS, Henrique F. *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Henrique F. Cairus e Wilson A. Ribeiro Júnior. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Coleção História e Saúde).

CARAMICO, H. J.; ZAHER, V. L.; ROSITO, M. M. B., Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. *BIOETHIKOS – Centro Universitário São Camilo*. São Paulo. Vol. 1, nº 1. jan/jun, 2007.

- CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. 6.ed. São Paulo: Ática, 1995.
- CHILDRESS, J. F.; BEAUCHAMP, T. L., *Princípios de ética biomédica*. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.
- CLOTET, J. *Bioética: uma aproximação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA e CONGRESSO DE BIOÉTICA DO CONESUL, 2000, Porto Alegre.
- DALL'AGNOL, D. *Bioética*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. (Passo-a-passo).
- DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. Trad. portuguesa Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DESMOND, W. *A filosofia e seus outros modos do ser e do poder*. São Paulo: Loyola, 2000.
- DINIZ, M. H. *O estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva, 2001.
- DUPAS, G. *Ética e poder na sociedade da informação*. 2.ed. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- DURANT, Guy. *Introdução geral à bioética – história, conceitos e instrumentos*. Trad. Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2003.
- EASTWOOD, C. Filme. Menina de ouro: Disponível em: <<http://www.europafilmes.com.br/hotsites/meninadeouro/>>. Acesso em 24 ago. 2007.
- ENGELHARDT JUNIOR, H. T. *Fundamentos da Bioética*. Tradução de José A. Ceschin. 2.ed. São Paulo: Loyola, 1998.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- FOUCAULT, M. O que é crítica? (Crítica e Aufklärung). Tradução de Antonio C. Galdino. *Cadernos da Faculdade de Filosofia e Ciências*, Marília, v. 9, n. 1, p. 169-189, 2000.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad. Roberto Machado. 7.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FORTES, L. R. S., *O Iluminismo e os reis filosóficos*. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- FORTES, P. A. C. Critérios éticos em microlocação de escassos recursos em saúde. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Bioética – Alguns Desafios*. São Paulo: Loyola, 2001.
- FRANÇA, G. V. *Medicina Legal*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FRANÇA, G. V. *Deontologia Médica e Bioética*. III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Conesul, 2000, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.medicinalegal.com.br/a50.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).

GALLO, S. *Ética e educação em tempos hipermodernos*. 2006

GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. Trad. Luciana Moreira Pudenzi, Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Gaia, 2006.

_____. Bioética e manipulação da vida. In NOVAES, A. (org.). *O homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

HARRISON, T. R. (Orgs). *Medicina Interna*. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

HORKHEIMER, M. *Eclipse da razão*. Trad. de Sebastião Uchoa Leite. Rio de Janeiro: Labor, 1976.

HOTTOIS, G.; PARIZEAU, M.-H. *Dicionário da Bioética*. Trad. Maria de Carvalho. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. (Coleção Atlas e Dicionários).

HOSSNE, W. S. Educação médica e ética. In MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

HOUAISS, A.; e Villar, M. S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1.ed. Elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M. B.; LIMA, V. V. Aprendizagem baseada em problemas. In MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 1983.

LA TAILLE, Yves. *Crise de valores ou valores em crise?* São Paulo, 2007 (Texto mimeogr).

LIPOVETSKY, G. *A sociedade pós-moralista: o crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos*. Trad. Armando Braio Ara. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

_____. *Os tempos hipermodernos*. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOLAS, F. *Bioética – o que é e como se faz*. São Paulo: Loyola, 2001.

LUDKE, M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (Orgs). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MANSUR, N.; OLIVEIRA, R. A. (Coord. Institucional) *O médico e a justiça*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2006.

MATOS, O. *Filosofia. A polifonia da razão*. São Paulo, Scipione, 1997.

MUÑOZ, D. R. *BIOÉTICA: a mudança da postura ética*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992004000500001&script=sci_arttext. Acesso em: 02 set. 2007.

MUÑOZ, D. R. O ensino da bioética nas escolas médicas. In PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2006.

NEVES, J. A. A engenharia genética. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 25, n. 1, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul 2007. (Pré-publicação).

NEVES, N. C., *Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?* Brasília : Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <www.portalmédico.org.br/arquivos/etica_futuros_medicos.pdf - Acesso em 02 set. 2007.

PELBART, P. P. *A vertigem por um fio*. Políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de Bioética*. 6.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Orgs). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2006.

POTTER, V. R. Bioética Global e Sobrevivência Humana. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Bioética – Alguns Desafios*. São Paulo: Loyola, 2001.

_____. *Palestra apresentada em vídeo no IV Congresso Mundial de Bioética*. Tóquio, Japão, nov. 4-7. O Mundo da Saúde, São Paulo, 1998; 22 (6) 370-374.

REGO, S.; PALACIOS M.; SCHRAMM F. R. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde In MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C.(orgs). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

RUSS, J. *Pensamento ético contemporâneo*. Tradução de Constança Marcondes César. São Paulo: Paulus, 1999. (Coleção filosofia em questão).

SÀNCHEZ VÁSQUEZ, A. *Ética*. Tradução de João Dell'Anna. 20.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

SANTOS, L. G. Tecnologia, perda do humano e crise do sujeito do direito. In: OLIVEIRA, F.; PAOLI, M. C. *Os sentidos da democracia*. Políticas do dissenso e hegemonia global. Petrópolis: Vozes; Brasília: NEDIC, 2000.

SÃO PAULO. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Código de ética médica; e textos sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes*. São Paulo: 2001.

SÃO PAULO. CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Historia&esc=3> –Acesso em: 02 set. 2007.

SEGRE, M.; COHEN, C. (Orgs.) *Bioética*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

SELLI, L., *Bioética na enfermagem*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1998.

SILVA, D. J. *Ética e educação para a sensibilidade em Max Horkheimer*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2001.

SIQUEIRA, J. E. Educação em bioética no curso de medicina. *O mundo da saúde*. São Paulo, ano 29, v. 29, n. 3. jul./set. 2005.

_____. *Comentários ao texto de Guillermo Hoyos Vasquez*. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (orgs). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. Trad. Luciana Moreira Pudenzi, Nicolas Nyimi Campanário. São Paulo: Gaia, 2006.

_____. O ensino da bioética no curso médico. *O mundo da Saúde*. São Paulo, ano 29 v. 29 n.3 jul./set. 2005.

SIQUEIRA, J.E.; HIROMI, M.; EISELE, R. L. *O ensino da ética no curso de medicina: a experiência na Universidade Estadual de Londrina*. Revista Bioética 2002, v. 10, nº1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2002.

SCHON, D. A. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SGRECCIA, E. *Manual de Bioética – Fundamentos e Ética Biomédica*. Tradução de Orlando Soares Moreira. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

TRONCON, L. E. A. et al. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.

ZARAZAGA, I. Biotecnologia genética na agricultura e na pecuária. In CASABONA, C. M. R. *Biotecnologia, Direito e Bioética: Perspectivas em Direito Comparado*. Belo Horizonte: Del Rey; PUC Minas, 2002.

ZATZ, M. Projeto genoma humano e ética. São Paulo *Perspec.*, São Paulo, v. 14, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul 2007. (Pré-publicação).

ZIZEK, S. Reengenharia Genética. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 22 jun. 2003. Caderno Mais – p. 4 – 8.

ZUBEN, N. A. v. *Bioética e tecnociência: a saga de Prometeu e a esperança paradoxal*. Bauru, SP: Edusc, 2006.