

Globethics Repository



Educação bioética para profissionais da saúde [Bioethical education for health professionals]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	de Siqueira, José Eduardo
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-09-22 10:06:46
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214458

Educação bioética para profissionais da saúde

Bioethical education for health professionals

José Eduardo de Siqueira*

RESUMO: O ensino de ética nos cursos da área da saúde passa por um momento de transformações. O modelo clássico representado pela disciplina de deontologia está se mostrando insuficiente para atender a necessária formação humanística dos profissionais. A presente reflexão avaliou as inadequações do atual modelo e propôs como alternativa a introdução do ensino de bioética por meio do método socrático. Questiona-se, ainda, a pertinência do modelo passivo ensinar-aprender, típico do modelo clássico de ensino efetuado por meio de aulas magistrais. Sabendo-se que o ser humano é um sujeito dotado de um complexo sistema mental de elaboração das informações, advoga-se a tese que a aprendizagem é muito mais um processo ativo de interação docente, discente e realidade social. Considerou-se necessário a manutenção dos ensinamentos oferecidos pela clássica disciplina de medicina legal e deontologia introduzindo-se, entretanto, ao longo de todo período de graduação, temas de bioética que facultem assimilar uma visão multidisciplinar e mais abrangente da moralidade humana. Em uma sociedade plural e secularizada em que o profissional de saúde tem que tomar decisões clínicas diante de casos envolvendo complexos problemas éticos referentes a pessoas enfermas que desejam ver respeitadas suas opções morais. Torna-se imperioso que as propostas diagnósticas e terapêuticas sejam adequadas à essa nova realidade. Em suma, na atualidade, não basta tomar conhecimento de normas deontológicas contidas nos códigos de ética, o bom desempenho do profissional de saúde pressupõe o exercício permanente de tolerância, de prudência, do acolhimento do outro, sobretudo se considerado “estranho moral”, pois esses são os elementos constitutivos da sociedade moderna que devota especial atenção ao respeito à autonomia do ser humano enfermo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação. Bioética. Profissional da Saúde.

ABSTRACT: Ethical teaching in the courses of the health area is a moment of transformations. The classic model represented by the discipline of deontology is proving to be insufficient to promote the necessary humanistic education of professionals. The present reflection evaluates the inadequacies of the current model and proposes as an alternative the introduction of bioethical teachings using the Socratic method. It also discusses the relevance of the passive teaching-learning model, typical of the classic conception of teaching done by means of magisterial classes. As human beings are subjects having a complex mental system for information processing, we advocate the theory that apprenticeship is a very active process of interaction involving teaching, learning and social reality. We consider necessary the maintenance of teachings offered by the classic discipline of forensic medicine and deontology, and the introduction in the undergraduate period of bioethics to promote the assimilation of a multidisciplinary and a more comprehensive conception of human morality. In a plural and secularized society in which health professionals have to take clinical decisions before cases implying complex ethical problems regarding sick persons who want to see their moral options respected, it is vital that diagnostic and therapeutic proposals are adapted to this new reality. To sum up, in the present time, it is not enough to learn about deontological standards present in ethical codes; the good performance of health professionals presupposes the constant exercise of tolerance, care and welcoming the other, especially when they are taken as “moral strangers”, because these are the constitutive elements of modern society, requiring special attention to respect for the autonomy of sick human beings.

KEYWORDS: Education. Bioethics. Health Personnel.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma de nosso corpo e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia e se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

A segunda metade do século XX assistiu a cultura transformar-se em um espetáculo de sons e imagens que entrando por nossos olhos e ouvidos obscureceram nossa capacidade de pensar. Substituímos a reflexão pelo ruído

das motos, dos ensurdecadores sons das discotecas, dos gritos das torcidas organizadas, dos programas de televisão comandados por animadores de “galeras” e, de tal modo nos adaptamos ao ruído, que o silêncio tornou-se insuportável. Por outro lado, a educação, um dos bens mais essenciais para o pleno exercício da cidadania, foi reduzida à condição de mercadoria oferecida por empresas do ramo, interessadas em certificar pessoas para quaisquer profissões em troca de polpidos ganhos financeiros. Nunca foi tão importante reafirmar que educar não consiste simplesmente em instruir”, mas sim formar o caráter de uma pessoa, dotando-a de conhecimentos sobre valores. Nosso precário pluralismo moral concebeu a educação no embalo do vale

* Médico. Coordenador do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Campus Londrina. Membro Titular da Academia de Medicina do Paraná. Membro do board da Diretoria da International Association of Bioethics.

tudo para a obtenção de vantagens pessoais a qualquer custo, considerando que os fins sempre justificam os meios¹. Marcuse considerou como unidimensional, a percepção de determinados cientistas que valorizavam apenas a eficácia, a especialização, o verificável por meio do desenvolvimento tecnocientífico, pois segundo ele, ao privilegiar-se esse caminho para obtenção do conhecimento, deixava-se de cultivar valores culturais essenciais como a leitura, a reflexão, a memória do passado, a imaginação². MacIntyre entendeu que a modernidade desprezou a ideia de pessoa nos moldes que foi idealizada pelos filósofos gregos e pela teologia cristã. Também, deve ser passível de crítica, segundo o autor, o racionalismo científico e a atomização do conhecimento oferecidos pela universidade moderna que nos fizeram perder a noção de sociedade humana solidária³. Bertold Brecht assim condenou esse grave desvio:

“talvez, com o tempo, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir, e contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderá receber como resposta um grito universal de pavor”⁴.

Nietzsche foi ainda mais contundente ao criticar a visão reducionista dos cientistas modernos:

“vós sois seres frios, que vos sentis encorajados contra a paixão e a quimera, bem que gostaríeis que vossa ciência se transformasse em adorno e objeto de orgulho. Afixais em vós mesmos a etiqueta de realistas e dais a entender que o mundo é verdadeiramente feito tal qual vos parece”⁵.

A universidade tem um importante papel para nos despertar desse pesadelo que estimula unicamente a busca da perfeição técnica dos aparelhos de informática, dos automóveis, dos cada vez mais sofisticados centros de consumo esquecendo-se do bem maior que é a vida humana. Torna-se motivo de dúvida se os avanços tecnológicos conquistados pela modernidade estão sendo acompanhados de uma real melhoria na qualidade de vida das pessoas. A comunidade acadêmica atual é formada por um conjunto de especialistas e a linguagem de cada um dos diferentes núcleos de saber é tão hermética que sequer o exercício da interdisciplinariedade torna-se possível. A histórica obra de Van Rensselaer Potter, “Bioethics: Bridge to the Future”⁶, é considerada o marco inicial de uma nova disciplina que ganhou espaço privilegiado na

reflexão acadêmica. Potter estudou Teilhard de Chardin e outros pensadores e ficou muito impressionado com um artigo de Margaret Mead⁷ publicado na revista *Science*, onde a antropóloga defendeu a tese de que caberia à universidade criar disciplinas que pensassem o futuro da humanidade. Motivado por essa ideia, o autor criou na Universidade de Wisconsin um Comitê Mutidisciplinar para o estudo do “futuro do homem”. Ele já havia publicado em março de 1970, um artigo em que pela primeira vez utilizou a palavra bioética, onde argumentava que “a universidade teria de ser o lugar de uma permanente busca da verdade orientada para o futuro...[e] deveria transmitir às gerações de estudantes não só o conhecimento científico, mas também juízos de valores...”⁸. Considerando que nenhuma área do saber acadêmico detinha todas as condições para responder à esse novo desafio, Potter sugeriu que para superar os limites das disciplinas, haveria de se buscar soluções baseadas em grupos de estudo transdisciplinares. Dentro dessa ótica, descreveu sua visão de bioética como sendo “uma ponte para o futuro” e que, por meio dela, deveria transitar o diálogo entre ciência e filosofia. De acordo com Potter, a universidade tem a responsabilidade de formar cidadãos solidários, pois é nela que devem ser cultivados valores como liberdade, solidariedade, tolerância e a luta contra todos os tipos de discriminação social. Considerando essa perspectiva, sem dúvida, o ensino da bioética deve ser considerado como a boa nova capaz de servir como instrumento para melhor preparar os estudantes no reconhecimento de valores morais dos pacientes, pois como já havia previsto André Hellegers, professor da Universidade Georgetown e contemporâneo de Potter, os problemas que teríamos em medicina seriam cada vez mais éticos e menos técnicos.

PARA MELHOR COMPREENDER A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nunca a medicina avançou tanto na elucidação diagnóstica e no tratamento das doenças como o observado no século XX e, paradoxalmente, nunca o ser humano enfermo foi tão mal cuidado como nos dias atuais. Bernard Lown, professor emérito da Universidade de Harvard, em seu livro “A arte perdida de curar”, deplora a exagerada ênfase que as escolas médicas empregam na formação de profissionais que, segundo ele, ao completar

o curso tornam-se “oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas”, o que contribui para a caracterização da genuína arte de ser médico. Aponta, o autor, como autêntica “sabedoria médica” a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas no ser humano integral⁹. Persegue-se a ideia de que todo mal que aflige o paciente pode ser esclarecido pela tecnologia e os jovens estudantes são orientados à operar sofisticados aparelhos, mas não são educados para reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual. O modelo vigente de ensino foi concebido no início do século XX por Abraham Flexner que propôs a aplicação de preceitos cartesianos como guia para a formação médica, o que resultou na progressiva fragmentação do conhecimento¹⁰. Dividiu-se o território representado pelo corpo humano em inúmeros pequenos “lotes” e seus “donos”, no dizer de Morin, passaram a ser “como lobos que urinam para marcar seus territórios e mordem os que neles penetram”. Quaisquer propostas de mudanças na estrutura curricular do curso médico encontram enormes resistências por parte dos “donos” dos lotes. Morin explica que, originalmente, a palavra disciplina designava um pequeno chicote utilizado para auto flagelação e que, no sentido atual, as especialidades acadêmicas, de maneira similar, apresentam-se como instrumentos que infligem duros castigos a alguns humanistas desavisados que aventuram-se em aproximar-se dos “lotes” já ocupados¹¹. A filosofia do modelo cartesiano de ensino acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade. O predomínio do conhecimento fragmentado gerado pelo clássico modelo das disciplinas inviabiliza a percepção do ser humano integral, que sempre será a um só tempo biológico, psicológico, cultural e social e essa unidade complexa é desintegrada na formação universitária com a abstrusa pretensão de dividir o indivisível¹². Como apreender o global, o multidimensional, o complexo para melhor cuidar do ser humano nesse cenário que busca obsessivamente conhecer quase tudo sobre as informações contidas no quase nada do saber acadêmico? É a indagação apresentada por Morin no que ele denomina “os princípios do conhecimento pertinente”¹³. Na resposta à questão formulada, o pensador francês resgata o ensinamento de Pascal:

“Sendo todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas e imediatas e sustentando-

-se todas por um elo natural que une as mais distantes e as mais diferentes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer as partes”¹⁴.

Um caso emblemático do modelo de atendimento médico conduzido com ênfase na visão fragmentada do ser humano foi relatado por Rozenman, ao descrever a “via crucis” de um homem sexagenário submetido a cirurgia de revascularização miocárdica que no pós-operatório tardio passou a apresentar febre e anemia. Internado em um renomado hospital norte-americano, o paciente foi examinado por um elenco de competentes especialistas e submetido a inúmeros procedimentos, entre os quais endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia computadorizada da coluna, seguida de biópsia vertebral. As suspeitas diagnósticas variaram de mieloma múltiplo a câncer com metástase na coluna, até que a realização de adequado exame físico identificou a presença de sopro sistólico mitral, o que permitiu estabelecer o diagnóstico de endocardite infecciosa, mais tarde comprovado por hemocultura positiva para *Staphylococcus epidermidis*. O autor chama a atenção para o tortuoso roteiro utilizado até o estabelecimento do diagnóstico definitivo, mostrando que os inúmeros especialistas convocados para opinar sobre o caso, o faziam após longa e minuciosa investigação “dentro de suas áreas de conhecimento”, não considerando a mais elementar lição de clínica médica que ensina ser o corpo humano composto por complexos sistemas que se interdependem e não simplesmente um amontoado de órgãos justapostos¹⁵. Muller, citado por Troncon, considera que “as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação de tecnologias sofisticadas, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais, podendo isso levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente”¹⁶. Faz-se imperioso, portanto, adotar novos modelos pedagógicos que privilegiem o conhecimento e domínio de atitudes que permitam reconhecer o ser humano em sua integralidade. Há que libertar-se da escravidão do equipamento, fazendo-o complementar ao raciocínio clínico e não instrumento indispensável para definir tomadas de decisões médicas. Ante a crescente substituição do raciocínio clínico pelas informações fornecidas por sofisticados aparelhos da hodierna tecnologia médica, alguns pacientes questionam se, em um futuro próximo, os profissionais de saúde não poderão ser substituídos por computadores programados

para realizar diagnósticos e propor condutas terapêuticas. A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo em 1993, acolheu a proposta da Organização Mundial de Saúde “Changing medical education and practice: an agenda for action”, que apontava para novas práticas educativas que substituiriam as tradicionais centradas no modelo disciplinar, por meio da incorporação de metodologias mais adequadas para conhecer o processo saúde-doença e pela utilização de abordagem interdisciplinar no estudo das enfermidades¹⁷. Qualquer profissional de saúde sabe, por experiência própria, que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar, reconhecendo que ela é simultaneamente orgânica, psíquica, social e familiar. Todas as doenças são resultado de um complexo conjunto de diferentes manifestações que se exteriorizam por sintomas e sinais orgânicos e psicológicos. Assim, quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente está buscando por cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal estar circunstancial. A relação profissional de saúde-paciente nunca deixará de ser a interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que seja, somente será eficaz se for conduzida com diálogo respeitoso e acolhimento fraterno. O século XX tornou real o mais extraordinário desenvolvimento da tecnologia médica, ao mesmo tempo em que fez reduzir a credibilidade devotada aos profissionais de saúde. Os pacientes confiam na medicina tecnológica e desconfiam do médico, consideram como infalíveis as informações fornecidas pelos equipamentos e subestimam as avaliações pessoais do profissional¹⁸. Poucas profissões gozam do privilégio de poder compartilhar e mitigar a dor e o sofrimento humano como aquelas da área da saúde. O ato médico, portanto, não deve jamais ser realizado com desrespeito ao paciente, pois o protagonista do mesmo é um ser humano que não pode ser tratado como objeto, por ser um fim em si mesmo e dotado de dignidade como nos ensinou Kant. Esse ser que Boff descreve como sagrado, sujeito de uma história pessoal e que é capaz de conviver e dialogar com os mistérios do mundo, que pergunta por um último sentido da vida e comunga com o outro, vendo nele a imagem do Criador¹⁹. Para os especialistas que orientam-se unicamente por suas áreas de conhecimento, o pequeno compartimento de suas disciplinas, é importante ter sempre presente o já mencionado alerta de Marcuse, que descreveu o homem unidimensional como aquele que se especializou em uma única linguagem e vê o mundo somente por meio dela. Para

ele (especialista) o mundo é só aquilo que os jogos de sua linguagem registram como verdade, todo o resto é irreal. Ocorre que, no mundo real, as pessoas praticam simultaneamente muitos jogos: “jogos de amor, jogos de poder, jogos de saber, jogos de prazer, jogos de brincar, jogos de sedução e, até mesmo jogos de adoecer”. Assim é a vida, uma interminável sequência de jogos, todos ocorrendo ao mesmo tempo, percebê-la diferentemente significa desconhecer a verdadeira essência da natureza humana²⁰. A falta de domínio de conhecimentos integradores nos conduziu às atuais catástrofes de relacionamento interpessoal presentes no exercício das profissões de saúde. Um estudo conduzido pelo Núcleo de Bioética da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e apresentado no VI Congresso Mundial de Bioética, comprovou essa desalentadora realidade. Foram entrevistados 647 pacientes, sendo 324 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 323 de plano de saúde privado. Mencionamos a seguir, alguns resultados obtidos no grupo de pacientes SUS que falam por si, dispensando quaisquer comentários adicionais: (a) tempo de permanência na sala de espera antes do acesso à sala de consulta superior a 90 minutos: 171 (53,1%); (b) usuários que não foram chamados pelo nome durante a consulta médica: 105 (32,6%); (c) tempo total de duração do atendimento médico inferior a 10 minutos: 223 (69,9%); (d) pacientes não submetidos a exame físico: 97 (30,2%)²¹. É consensual reconhecer, outrossim, que o século XX conviveu com dois modelos de ensino médico, sendo o primeiro baseado no racionalismo científico e que passou a vigorar após a publicação do Relatório Flexner em 1910. Os anos 1970 viram o despertar do segundo modelo, o da metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP), que foi implantado inicialmente na Universidade de McMaster e, posteriormente, acolhido pelas Universidades de Maastrich, Harvard e Cornell, sendo introduzido no Brasil apenas no final da década de 1990. Esse modelo, passou a ser reconhecido como a pedagogia da interação que superava com vantagens a metodologia de transmissão passiva dos conhecimentos, utilizada pelos métodos tradicionais de ensino, o que possibilitaria o aperfeiçoamento contínuo de atitudes, conhecimentos e habilidades dos estudantes²². O modelo da aprendizagem baseada em problemas, mais conhecido pelo acrônimo em inglês, PBL (*Problem-based learning*), promove a integração das disciplinas básicas e clínicas oferecidas pelo método clássico, ao mesmo tempo em que as substitui por módulos de ensino que buscam contemplar as dimensões biológica, psicológica

e social da pessoa enferma, de maneira que, os estudantes passam a ter uma visão mais completa do paciente e de seu entorno familiar e social. A função do docente deixa de ser a de expositor de aulas magistrais para assumir a condição de tutor, ou seja, um facilitador da aprendizagem em modelo pedagógico similar ao proposto pela maiêutica socrática.

O ENSINO DE ÉTICA PELA DISCIPLINA DE MEDICINA LEGAL E DEONTOLOGIA

O ensino de ética no modelo cartesiano-flexneriano que marcou os primeiros sessenta anos do século XX, foi oferecido pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia, ministrada com grande ênfase nos aspectos legais do exercício da medicina. A simples análise da grade curricular da disciplina evidencia que temas referentes a situações clínicas de conflito moral não eram tratados nas atividades acadêmicas e os estudantes demonstravam pequeno interesse em frequentá-la. A ausência de temas de ética aplicada resultou em prejuízo na formação dos estudantes, o que passou a ser motivo de preocupação de vários autores que dedicavam-se à educação médica. Jean Robinson observou que estudantes de medicina ingleses formados nesse modelo declaravam que o treinamento profissional que era levado a efeito ao longo da graduação os estava induzindo a desconsiderar atitudes de cuidado à pessoa dos pacientes, motivo que originalmente os havia atraído para o curso médico²³. Kottow realizou pesquisa para identificar mudanças nas atitudes morais de 79 estudantes de medicina chilenos em diferentes momentos da graduação e concluiu que, no transcorrer do curso, instalava-se “uma progressiva erosão de atitudes humanistas”, que eram substituídas por orientação profissional mais voltada para o cumprimento de normas e códigos²⁴. Estudo da Associação Americana de Escolas Médicas constatou que número expressivo de estudantes de medicina estadunidenses subestimava atitudes de respeito ao paciente fazendo prevalecer como prioritários em suas vidas profissionais valores materiais, como acúmulo de riqueza pessoal e sucesso em galgar posições de destaque na escala social²⁵. Lind realizou estudo com 746 estudantes de medicina ao longo dos seis anos de graduação e concluiu ter havido regressão na competência para estabelecer juízos morais, o que foi evidenciado pelo desprezo que eles progressivamente passavam a dedicar aos pacientes enquanto pessoas²⁶. Rego descreveu, uma “ignóbil coisifi-

cação” do paciente, afirmando que ele havia se transformado em mero objeto de interesse profissional despidido de qualquer valor moral. Relata, o autor, que um de seus alunos ao referir-se a pacientes pobres atendidos em pronto-socorro municipal do Rio de Janeiro, os identificava pelo acrônimo PIMBA, composto pelas iniciais das palavras preto, indigente, mendigo, bandido e alcoólatra. Disse-lhe ainda, o estudante, que alguns de seus colegas de turma preferiam utilizar o termo correspondente em inglês SPOS, muito usado pelos candidatos a médicos norte-americanos e que corresponderia às iniciais do intraduzível *subhuman piece of shit*²⁷. No âmbito da tomada de decisões clínicas prevalecia a assimetria entre o saber médico e o silêncio do paciente que deveria acolher incondicionalmente as orientações ditadas pelo profissional. Foi o que ficou conhecido como paternalismo médico, que manteve-se vigente até que os próprios pacientes inconformados com a situação passaram a reivindicar o direito de tomar decisões sobre seus próprios corpos. Com um arcabouço bem definido de normas deontológicas não passíveis de questionamentos, os docentes da disciplina de Medicina Legal apresentavam aos alunos, regras de conduta a serem obedecidas. Assim, ao perguntar-se a um estudante em que circunstâncias uma gravidez poderia ser interrompida, obter-se-ia de imediato a resposta de que o procedimento somente poderia ser realizado em duas circunstâncias, em caso de gestação decorrente de estupro ou de risco de morte para a mãe. O mesmo aluno aprenderia em outra disciplina que o estudo ultrassonográfico abdominal realizado em fases iniciais da gestação permitia diagnosticar má-formação fetal incompatível com a vida extrauterina, como a anencefalia. Ao questionar o professor de ginecologia e obstetrícia sobre a possibilidade de indicação de interrupção da gravidez nesses casos, recebia do docente a resposta que esse não era um tema passível de discussão, já que o ordenamento jurídico do país e as normas estabelecidas pelo código deontológico médico vedavam tal procedimento. Esse modelo de atitudes cativo de normas morais transformava profissionais de saúde e pacientes em espectadores impotentes diante do poder de mandatos legais que os obrigava a permanecer estacionados na desconfortável situação de menoridade moral. Nessas circunstâncias, não era infrequente que os estudantes considerassem perda de tempo a discussão de temas referentes a conflitos morais, argumentando que não haveria justificativa plausível para empreendê-la em face da necessidade da mais irrestrita obediência aos mandatos

contidos nos códigos deontológicos. A história da humanidade, entretanto, registra vários exemplos de códigos de normas que tiveram vigência restrita no tempo, tendo sido alterados por iniciativa da própria comunidade, desde que considerada necessária a incorporação de padrões de comportamento mais compatíveis com uma nova moralidade social emergente. Assim, por exemplo, até o século XIX, a escravidão de negros era uma prática social moralmente aceita já que eles não eram reconhecidos como seres humanos, mas sim como mercadoria, podendo assim serem passíveis de transações comerciais de compra e venda como qualquer outro produto disponibilizado no mercado da época. Exemplo mais contemporâneo é o da lei do divórcio que foi motivo de calorosos debates na primeira metade do século XX até sua aprovação em Dezembro de 1977. Entretanto, o divórcio hoje é aceito por toda sociedade brasileira com naturalidade, tendo-se tornado procedimento tão simples que sua autorização pode ser solicitada por via extrajudicial, bastando que o casal que o pleiteia registre sua decisão em um cartório de notas.

Dentre as modalidades de análise do comportamento moral dos seres humanos descritas no século XX, sobressaem as elaboradas por Piaget e seus discípulos, destacando-se entre elas, a teoria de desenvolvimento das atitudes morais proposta por Lawrence Kohlberg. Considerou, o autor, três níveis progressivos do desenvolvimento de juízos morais, assim denominados: pré-convencional, convencional e pós-convencional. Esses três níveis conteriam um total de seis estágios distintos. As manifestações mais elementares do comportamento moral apresentadas nos estágios 1 e 2 limitar-se-iam em obedecer a ordens emanadas de autoridades superiores, em evitar castigos e em buscar a realização de desejos pessoais. Os estágios 5 e 6 da classificação, os mais elevados e contidos no nível pós-convencional, seriam observados no comportamento de indivíduos que adotariam princípios éticos universalizáveis, escolhidos autonomamente sem a imposição de quaisquer códigos de normas. Cumpre assinalar que nem mesmo o próprio autor, em seus vários estudos, conseguiu identificar indivíduos no estágio 6 de sua própria escala, o que explicaria sua tentativa de retirá-lo da classificação original. Segundo Kohlberg, as pessoas avançariam de maneira contínua e progressiva dentro desses estágios à medida que evoluíssem moralmente, e uma vez atingido um determinado nível, não seria possível qualquer regressão à estágios anteriores, pois entendia impossível o ser

humano perder capacidade cognitiva já adquirida. Comparava o avanço pelos estágios ao ato de subir uma escada, degrau a degrau, não sendo concebível, em seu entendimento, saltar qualquer etapa ou retornar a estágios anteriores. Considerando a metodologia proposta por Kohlberg, o modelo clássico de ensino da ética oferecido pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia, poderia ser considerado como fator concorrente para que os estudantes não ultrapassassem o estágio convencional de elaboração de juízos morais, já que permaneceriam estacionados no patamar de obediência a códigos de normas²⁸.

Em 1985, a Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina publicou relatório sobre o ensino de ética no país, mostrando que havia consenso entre os docentes das 58 escolas de medicina de então, ao sugerirem que a ética médica fosse ministrada como disciplina autônoma e oferecida “ao longo de todo curso médico, através da discussão de casos concretos e com a participação ativa dos alunos”²⁹. Por outro lado, em estudo realizado na UEL, em comparando a avaliação de duas disciplinas dedicadas ao ensino da ética, Medicina Legal e Bioética, oferecidas respectivamente, a médicos egressos da universidade que haviam feito a graduação pelo modelo tradicional de ensino e aos alunos que fizeram o curso com a utilização de metodologia ativa de ensino (ABP), demonstrou que a aprovação da disciplina de Bioética foi significativamente superior a de Medicina Legal. É importante registrar que no elenco de respostas apresentadas pelo grupo de egressos, obteve-se como resultado informações que bem demonstram o grau de insatisfação com a disciplina de Medicina Legal. Quando indagados sobre temas e áreas de conhecimento que não haviam tido durante o período de graduação e que consideravam imprescindíveis para uma adequada formação profissional, 38,5% indicou temas de ética, 33,8% melhor capacitação em ciências humanas, 29,4% apontou para a necessidade de abordagem mais ampla sobre a relação médico-paciente e 29,1% indicou temas relacionados à terminalidade da vida. Com relação aos assuntos que consideravam de introdução necessária, as respostas foram ainda mais inquietantes: 68,2% indicou a necessidade de discussões sobre o uso racional de tecnologia aplicada à medicina e 43,8% solicitou que houvesse uma incorporação de questões referentes ao processo de saúde-doença que levassem em conta dados relativos à história biográfica dos pacientes. Com relação ao melhor momento para a introdução

dos temas de ética/bioética, a maioria dos grupos, opinou que deveria ocorrer ao longo de todo período de graduação. São constatações que causam enorme perplexidade, especialmente quando “38,5% do grupo dos egressos manifestou-se espontaneamente afirmando que não lhes fora ofertado a abordagem de temas de ética durante o curso médico³⁰”. Esses dados apenas confirmam a assertiva de José Paranaguá de Santana, apresentada por ocasião da conferência de abertura do 38º Congresso Brasileiro de Educação Médica:

“O avanço científico e tecnológico realizado nos marcos da concepção flexneriana, especialmente na segunda metade do século XX, é uma evidência que dispensa argumentação comprobatória. Por outro lado, e também sobre esse aspecto, não pairam discordâncias, tem-se observado, mais que estagnação, franca deterioração dos padrões éticos no curso da prestação de serviços médicos”³¹.

O modelo cartesiano-flexneriano de ensino e o paternalismo médico começaram a ruir a partir do final da década de 1960, pois percebia-se como era pouco razoável que uma sociedade que acolhia a autonomia do paciente e o pluralismo moral, simultaneamente, obrigasse profissionais de saúde a acatar normas que não mais encontravam amparo nos avanços científicos e, menos ainda, na moralidade social que emergia. Assim, o modelo de ensino da ética proporcionado pela disciplina de Medicina Legal passou a mostrar-se inadequado para capacitar estudantes na difícil tarefa de auxiliar pacientes e seus familiares a tomar decisões frente a conflitos morais complexos. Isso não significa, é importante frisar, que a disciplina deva ser excluída do currículo, pois somente por meio dela os estudantes tomam conhecimento de temas da maior relevância para o exercício profissional como, por exemplo, criminologia, perícia médica, psicopatologia forense, entre outros. O que a disciplina não oferece, entre outros, são temas como pesquisa em seres humanos, reprodução humana assistida, ética em transplantologia, aborto, alocação de recursos escassos em saúde, o que somente foi possível introduzir por meio da disciplina de bioética. Em suma, Medicina Legal e Bioética são disciplinas complementares e não excludentes, ambas necessárias para a formação médica e cada uma com abrangências temáticas próprias.

O NASCIMENTO DA BIOÉTICA E SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO MORAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Em 1979 foi publicado *Principles of Biomedical Ethics* de Tom Beauchamp e James Childress, obra que rapidamente transformou-se em um eficiente manual para auxiliar os profissionais de saúde a tomar em decisões frente a casos clínicos que envolvessem conflitos morais³². O exercício de aplicação dos quatro princípios proposto pelos autores: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça foi rapidamente assimilado pelos médicos transformando-se em instrumento útil para o encaminhamento de soluções em bioética clínica. Embora descritos originalmente como princípios *prima-facie*, a aplicação rotineira em uma cultura liberal e pragmática como a norte-americana, privilegiou como opção de escolha os referenciais da autonomia e beneficência. As avaliações morais que, no modelo cartesiano-flexneriano, eram orientadas por normas deontológicas, na visão principialista tiveram seu núcleo de soluções preferenciais transferido para os pacientes que, por meio do exercício soberano de suas vontades optavam por decisões clínicas que mais lhes pareciam adequadas. Esse novo modelo teve sua atenção voltada para soluções de problemas individuais, o que indiscutivelmente significou um grande avanço, pois permitiu a substituição de um modelo cativo de normas impessoais por outro que reconhecia o paciente como pessoa capaz de tomar decisões morais autonomamente. Foi, igualmente, bem acolhido pelos profissionais de saúde por permitir identificar e tratar as questões morais em sua origem, ou seja, levando em conta a expressão da vontade dos próprios pacientes. Na opinião do bioeticista norte-americano James Drane, em relação aos benefícios prestados pela ética principialista,

“um dos aspectos mais gratificantes da experiência norte-americana é a de ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas (éticos em medicina) de grande complexidade, numa cultura pluralista, quando o processo (de tomada de decisões) começa com elementos reais e trata de encontrar uma solução prática e provável, mais do que uma resposta certa e teoricamente correta”³³.

Diante de qualquer conflito moral, as sessões clínicas passaram a ser conduzidas com a finalidade de identificar os problemas éticos existentes e propor soluções práticas que melhor atendessem os interesses do paciente, tendo como guia os referenciais principialistas da autonomia, beneficência e não-maleficência. Esse exercício aparentemente simples

foi rapidamente adotado por um grande número de docentes responsáveis pelo ensino de ética, ao ponto de nos anos 1980, o principialismo ter adquirido tão ampla aceitação no mundo ocidental que, no ambiente acadêmico da época, passou-se a denominar os quatro princípios enunciados por Beauchamp e Childress como “os princípios da bioética”. Essa distorção, somente seria corrigida na década seguinte com o reconhecimento de que os referenciais apresentados pela ética principialista, embora importantes, eram insuficientes para responder a todos os conflitos morais presentes no cotidiano da prática profissional.

ENSINO DE BIOÉTICA PELO MÉTODO DELIBERATIVO

Se o caráter moral básico do estudante de medicina deve ser considerado parcialmente estruturado mesmo antes de ingressar na faculdade, é igualmente verdadeiro que, significativa parcela de sua formação moral poderá ser desenvolvida durante o período de graduação. Segundo Morin, o período de instrução acadêmica teria se transformado em exercício de acumular e “empilhar” informações sem a menor preocupação de selecioná-las e organizá-las, fazendo com que, a universidade formasse profissionais com “cabeça bem cheia” quando, contrariamente, ela deveria prepará-los para terem “cabeça bem feita”, já que, mais importante que o acúmulo indiscriminado de informações, seria imprescindível organizá-las por meio da interação dos saberes de tal forma que o conhecimento pudesse adquirir sentido¹¹. Preocupada com o extraordinário avanço da ciência e o crescimento do número de disciplinas no período de graduação acadêmica, a Unesco criou um grupo de estudos sobre formação universitária para o século XXI, que em trabalho conjunto com a Comissão Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares elaborou o Projeto CIRET-Unesco, considerando que

“a pesquisa disciplinar diz respeito, no máximo, a fragmentos de um único nível de realidade e a transdisciplinariedade interessa-se pela dinâmica gerada pela ação de diversos níveis da realidade, alimentando-se da pesquisa disciplinar [porém] as pesquisas disciplinares e transdisciplinares não são antagônicas, mas complementares”.

O relatório final do Projeto propôs um novo tipo de educação estruturada sobre os seguintes eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto, aprender a ser³⁴. Esses 4 eixos constituem os pilares que sustentam a maioria dos projetos pedagógicos de ensino-aprendizagem ativos, como por exemplo, o da aprendizagem baseada em problemas (ABP). Passou-se a considerar que ensino-aprendizagem seria necessariamente um ativo e contínuo processo de duas vias entre professor e aluno e que deveria ocorrer ao longo de todo período de graduação envolvendo uma ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes³⁵. Para a implantação dessa nova proposta educacional seria necessário substituir a tradicional forma de transmissão passiva das informações docente-discente, pela adoção do modelo ativo de aprendizagem orientado de maneira, horizontal e baseado na construção crítico-reflexiva do conhecimento³⁶. Proposta semelhante foi apresentada pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), contendo as diretrizes consideradas imprescindíveis para a formação dos estudantes de medicina no Brasil, que assim foram enunciadas: “adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita[os estudantes] identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade, ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes, aprender métodos científicos e postura ética que lhes permitam tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, serão eficientes e respeitadas ao ser humano e seu ambiente e ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos”³⁷. Outrossim, ao final da década de 1980, a experiência clínica já acumulava um crescente número de casos que envolviam situações de conflitos morais muito complexos e para os quais o singelo exercício de aplicação da ética principialista era insuficiente para permitir a obtenção de decisões médicas satisfatórias. Exemplo paradigmático dessa situação ocorreu nos EUA em 1989, envolvendo um casal estéril que na busca de concretizar o sonho de ter um filho, procurou assistência em uma clínica de fertilização humana assistida. A mulher, Luanne, por ser portadora de endometriose não poderia receber em seu útero um embrião sem que a gestação assumisse a condição de alto risco de abortamento precoce. John, o marido, apresentava oligospermia e espermatozoides com imperfeições morfológicas

e funcionais. Essas dificuldades iniciais foram vencidas por meio da compra de gametas de doadores anônimos, procedimento esse isento de ilicitude pela legislação estadunidense. Impossibilitada de receber em seu próprio útero o embrião, produto da fertilização *in vitro*, Luanne e seu marido concordaram em contratar uma mulher sadia para ser gestante de substituição mediante contrato que estipulava o valor de US\$10.000,00, a ser pago pelo casal após o parto, caso a gestação fosse exitosa, procedimento que igualmente contava com amparo jurídico. Entretanto, no oitavo mês de gestação, o casal Buzzanca se divorciou e o acordo original passou a ser contestado por John, que valendo-se do argumento de não ter qualquer vínculo biológico com o produto da gestação, sentia-se desobrigado de assumir a paternidade da criança. O feto em gestação já havia recebido o nome Jaycee, escolhido após identificação do sexo da criança, informação essa obtida pela realização de ultrassom abdominal nas primeiras semanas da gestação. A divergência entre John e Luanne transformou-se em longo processo judicial e o caso foi encaminhado ao Supremo Tribunal de Justiça do Estado da Califórnia. Após o nascimento da menina, estando o caso ainda *sub-judice*, o Juiz Robert Monarch, magistrado daquela Corte, identificou-a como “uma criança sem pais definidos”. Jaycee permaneceu sob a tutela do Estado por quatro anos, até que a decisão final da Suprema Corte do Estado deu ganho de causa à Luanne e, somente a partir de então, a menina passou a ter identidade reconhecida oficialmente. Jaycee que teve sua paternidade negada por John perante os tribunais de justiça estadunidense, ainda deverá ter dificuldades futuras caso manifeste o desejo de conhecer seus verdadeiros pais biológicos, pois ambos estão protegidos pelo segredo do anonimato, assegurado por contrato firmado entre todos os doadores de gametas e a clínica que forneceu o material para o procedimento de fertilização *in vitro*³⁸. Percebe-se, no caso Buzzanca que todas as atenções permaneceram voltadas para os interesses do casal John e Luanne, desconsiderando os de Jaycee. Ao tratar da fertilização humana medicamente assistida, a Comissão Nacional de Bioética da Itália emitiu em 17 de Junho de 1994 o seguinte parecer: “o bem do nascituro deve ser considerado o critério central de referência para a avaliação das diversas opiniões relativas à procriação (...). Além disso, é princípio fundamental que o nascimento de um ser humano seja fruto de uma responsabilidade explicitamente assumida, com relevância jurídica por quem

apela à reprodução assistida”³⁹. Ao final do século XX, passou-se a considerar que antecedendo qualquer tomada de decisão clínica diante de casos que envolvessem conflitos morais, seria indispensável a realização de amplo debate que levasse em conta os diferentes argumentos livremente expressos por todos os envolvidos no caso em tela. Mais do que reflexão sobre valores, seria imprescindível que as tomadas de decisões a serem adotadas, o fossem, após longa deliberação entre profissional de saúde, paciente e familiares. De inspiração na ética da comunicação proposta por Jurgen Habermas⁴⁰, o método da deliberação clínica não nega a importância de instrumentos normativos, nem mesmo o propósito de encontro de soluções pragmáticas para as tomadas de decisões, entretanto, se afasta do critério assimétrico da imposição de normas deontológicas e das insatisfatórias decisões oferecidas pelo modelo principialista. Importante considerar, outrossim, que a utilização do processo deliberativo como método de ensino remonta aos primórdios da reflexão filosófica. Inicialmente proposta por Sócrates em sua maiêutica, teve ilustres seguidores como Michel de Montaigne, que assim se manifestou em sua obra “Ensaaios”:

“O mais frutífero e natural exercício de nosso espírito é, a meu ver, a conversação(...). A causa da verdade deveria ser a causa comum(...). Saúdo e acarinho a verdade qualquer que seja a mão em que se ache; a ela me rendo alegremente e estendo-lhe minhas armas vencidas mal a vejo aproximar-se”⁴¹.

Por outro lado, no campo da construção do conhecimento científico, Karl Popper assim se expressou: “o jogo da ciência deve ser efetuado por aceitação ou refutações, utilizando-se necessariamente a deliberação como fonte legítima para a validação do processo de construção do conhecimento”⁴². Retomando o caso da menina Jaycee, é inegável que, sob a ótica principialista, o desejo do casal Buzzanca de realizar o projeto de ter um filho utilizando a técnica de fertilização assistida, refletia a autêntica manifestação da autonomia da vontade de ambos, entretanto, não subsistiria a uma análise mais profunda para verificar se a decisão tomada contava com amparo moral. Assim, se fosse considerada a alternativa de submeter o caso à dinâmica do processo deliberativo e levando em conta os interesses legítimos de Jaycee, é indiscutível que os direitos da menina seriam considerados tanto quanto os do casal, aliás foi exatamente o que preconizou a Comissão Nacional de Bioética da Itália em seu parecer sobre fertilização assis-

tida já mencionado anteriormente. Enfim, os conflitos morais não se resolvem simplesmente com a imposição de normas ou por meio da adoção de alguns referenciais éticos sem que sejam levados em conta os interesses de todos os envolvidos no caso. Por outro lado, considerando a formação dos profissionais de saúde, os docentes deveriam valorizar o momento privilegiado das sessões clínicas e incentivar a introdução na discussão com os alunos de questões referentes aos valores morais dos pacientes. Fatos bem estabelecidos pela neurociência evidenciam que todo ser humano constitui uma realidade complexa de integração entre recepção, interpretação e representação de todas as experiências acumuladas ao longo de sua vida, o que significa que os sintomas que trazem o paciente para uma consulta médica carregam, invariavelmente, uma significativa parcela de penumbra, pois são mensagens que precisam ser decodificadas e somente a escuta cuidadosa e a abertura para o diálogo poderá oferecer aos profissionais de saúde o caminho adequado para tomada de decisões que melhor atendam as expectativas do paciente. Segundo Ortega e Gasset, todo ser humano é o resultado da união entre seu “eu pessoal” e as “circunstâncias” que envolvem sua própria vida. Que “circunstâncias” são essas, senão os valores, as fragilidades pessoais, as crenças, os sentimentos, as condições econômicas e sociais que constituem o cordão umbelical que mantém as pessoas unidas à existência? Esse fato torna óbvia a impossibilidade de reduzir os pacientes aos dados unicamente biológicos da enfermidade, pois ao incorporar as “circunstâncias” que os acompanham, somos obrigados a reconhecê-los também em suas dimensões psicológicas, sociais, familiares e espirituais. A metáfora utilizada por Foucault para descrever a multidimensionalidade de qualquer doença é bastante apropriada para mostrar o verdadeiro quebra-cabeça que todo profissional de saúde tem pela frente ao atender um paciente. Assim considerou o filósofo francês:

“o doente é a doença que adquiriu traços singulares, dada com sombra e relevo, modulações, matizes, profundidade e a tarefa do médico quando descrever a enfermidade, será a de reconhecer essa realidade viva”⁴³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente contamos no Brasil, com três diferentes instâncias para o controle ético dos procedimentos médi-

cos. Duas delas com funções normativas, a Comissão de Ética Médica e a de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, respectivamente submetidas aos Conselhos Regionais e Federal de Medicina e às Comissões de Ética em Pesquisa (Sistema CEP/CONEP). A terceira, com atribuições consultiva e formativa são os Comitês Hospitalares de Bioética, que ainda carecem de melhor compreensão e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Esses últimos que foram concebidos como grupos interdisciplinares, voltados para a avaliação de casos clínicos que envolvessem conflitos morais existentes entre pacientes, familiares e os profissionais de saúde, foram recebidos com grande indiferença pela comunidade médica. Um trabalho realizado pelo Comitê de Bioética da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, constatou que entre 1997 e 2007 foram avaliados 82 casos clínicos, o que significa uma média anual de 8,2 consultas. Em período semelhante, um estudo dinamarquês apresentou uma média de 4,4 consultorias por ano, nos EUA, um levantamento realizado por 113 Comitês Hospitalares de Bioética mostrou que a maioria deles havia realizado uma média anual de apenas 5 consultorias⁴⁴. Convenhamos que esses índices estão muito aquém dos esperados, o que torna necessário realizar uma análise criteriosa para conhecer os motivos desse desempenho insatisfatório. Com a finalidade de contribuir para a obtenção de tomada de decisões que melhor considerem os valores dos pacientes, indicaremos alguns procedimentos que poderão ser úteis aos profissionais de saúde em suas práticas assistenciais. Obviamente, não será possível elaborar uma reflexão detalhada sobre cada um dos itens sugeridos, o que seria demasiado extenso e fugiria do escopo desse ensaio, pensamos, entretanto, que o simples enunciado dos mesmos evidenciará o quanto são autoexplicativos. Para melhor identificar a presença de conflitos morais no cotidiano do exercício profissional seria essencial a inclusão no prontuário médico de uma folha reservada para o registro de dados relativos aos valores e crenças pessoais do paciente, informações essas invariavelmente ausentes na história colhida pelos profissionais de saúde. Em relação aos dados clínicos, é fundamental que os médicos estejam seguros sobre o grau de certeza do diagnóstico e prognóstico da enfermidade, assim como da correta avaliação dos riscos e benefícios de todas as alternativas terapêuticas propostas. Deve, ainda, o profissional estar atento para o grau de compreensão dos pacientes sobre as informações que ele

lhes prestou sobre o diagnóstico, métodos de investigação e alternativas terapêuticas, bem como os critérios por eles (pacientes) utilizados para a escolha dos procedimentos que lhes foram sugeridos pela equipe de saúde. Existem, ainda fatores outros que devem ser levados em conta, como por exemplo, os valores morais, culturais e religiosos da família do paciente. Nesse universo de tantas variáveis, deve o profissional estar preparado para estabelecer com todos os envolvidos no caso, um processo dialógico que lhe permita orientar as condutas clínicas, lembrando que não sendo possível obter decisões consensuais e diante da discordância do paciente, é prudente considerar a alternativa de ouvir uma segunda opinião de profissional de outra equipe. Caso, entretanto, sejam esgotadas todas as possibilidades de entendimento e ainda assim persistir uma situação irreconciliável entre as indicações dos profissionais e as preferências do paciente, pode o médico, desde que muito bem fundamentado, recorrer à objeção de consciência e propor a transferência do caso para outro profissional, desde que essa atitude não represente risco à saúde do paciente. É óbvio que, para cumprir todas essas etapas na condução dos casos clínicos, será imprescindível que o profissional disponha de tempo e vontade para

construir um sólido vínculo de confiança com o paciente e seus familiares. Dispensável comentar todas as dificuldades em tornar factível esse ideal de relacionamento humano em um tempo em que os profissionais de saúde são mal remunerados e obrigados a cumprir metas de trabalho que privilegiam quantidade e não qualidade de atendimento. Por outro lado, a universidade e seu corpo docente precisam compreender as enormes responsabilidades que lhes são atribuídas na tarefa de educar jovens, em um tempo de travessia, para um patamar de moralidade social que impõe a incorporação de um novo paradigma na arte de cuidar. Para tanto, é importante que todos estejam atentos para o alerta do poeta de que vivemos um tempo em que torna-se necessário abandonar as roupas que de tão usadas já assumiram a forma de nossos corpos e nos mantêm cativos de um modelo obsoleto de relacionamento humano e que devemos, acima de tudo, esquecer os caminhos que nos levam aos mesmos lugares de sempre, já que se faz necessário buscar a outra margem de nós mesmos para poder alcançar o outro, nosso paciente, e somente assim estaremos cumprindo o preceito hipocrático de que “onde está presente o amor ao (paciente) estará presente também o amor à arte do cuidado”⁴⁵.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro In: Almeida M.(org). A Universidade possível. São Paulo: Cultura Editores Associados;2001
2. Marcuse H. A ideologia da sociedade industrial: o homem unidimensional.Rio de Janeiro:Zahar;1979
3. Vieira DA. Alasdair MacIntyre e a crítica da modernidade. São Paulo:Safe;2002.
4. Brecht B. Vida de Galileo,Madre Coraje y sus hijos.Madrid:Alianza;1995.
5. Nietzsche F. A Gaia Ciência.São Paulo:Companhia das Letras,2001.
6. Potter VR. Bioethics,Bridge to the Future.New Jersey:Prentice-Hall,Englewood Cliffs;1971.
7. Mead M. Toward more vivid utopias.Science.1957; 126:975-961.
8. Potter VR. Bioethics,science of survival.Persp Biol Med.1970;14:127-153.
9. Lown B. A arte perdida de curar.São Paulo:Editora ISN;1996.
10. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada:a report to the Carnegie Foundation for the advancement teaching.New York:Carnegie Foundation;1910.
11. Morin E. A cabeça bem-feita.Rio de Janeiro:Bertrand Brasil;2001.
12. Siqueira JE Tecnologia e Medicina:entre encontros e desencontros.Bioética. 2000;8(1):55-67.
13. Morin E.Os sete saberes necessários à educação do futuro.São Paulo:Cortez;2000.
14. Pascal B. Pensamentos.São Paulo:Martín Claret;2003.
15. Rozenman Y. Where did good clinical diagnosis go? N Engl J Med.1997;336(20):1435-1438.
16. Troncon LE, Cianflone AR. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico.In: Marcondes E. Educação Médica.São Paulo:Sarvier;1998.
17. Boelen C. Interlinking medical practice and medical education:prospects for international action. Medical Education.1994;28(suppl 1):82-85.

18. Siqueira JE. A arte perdida de cuidar. *Bioética*. 2002;10(2):89-106.
19. Boof L. Saber Cuidar. São Paulo: Vozes; 1999.
20. Alves R. Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação. São Paulo: Loyola; 2001.
21. Siqueira JE, et al. Avaliação da relação médico-paciente em serviço de atendimento público e privado. Brasília. VI Congresso Mundial de Bioética; 2002:306.
22. Santos SR O aprendizado baseado em problemas (PBL). *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1994;18(3):97-132.
23. Robinson J. Are we teaching students that patients don't matter? *Journal of Medical Ethics*. 1985;11:19-21.
24. Kottow M. Cambios de actitudes éticas a lo largo de los estudios de medicina. *Revista Médica de Chile*. 1993;121:379-384.
25. Bickel J. Medical students' professional ethics: defining the problems and development resources. *Acad Med*. 1991;66:724-726.
26. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Educ Med*. 2000;24(3):24-33.
27. Rego S. A formação ética dos médicos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
28. Kohlberg L. Essays on moral development: the psychology of moral development. New York: Columbia University Press; 1989.
29. Gomes JC. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. *Bioética*. 1996;4(1): 53-64.
30. Siqueira JE, et al. O ensino da ética no curso de medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). *Bioética*. 2001;10(1): 85-95.
31. Santana JP. O paradoxo da educação médica. *Boletim ABEM*. 2000;28(4):5.
32. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
33. Drane J. Preparación de un programa de bioética: consideraciones básicas para el Programa Regional de la OPS. *Bioética*. 1995;3(1):7-18.
34. Projeto Ciret-Unesco. Evolução transdisciplinar da Universidade: que Universidade para o amanhã? Lugano: Unesco; 1997.
35. Komatsu RS. Aprendizagem baseada em problemas In: Marcondes E. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
36. Almeida M. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Eduel; 1999.
37. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do ensino médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997. Brasília: CINAEM; 1997.
38. Siqueira JE Liboni M. Competência moral para a tomada de decisões em clínica: o exemplo da medicina. In Siqueira JE, Zoboli E, Kipper, D. *Bioética Clínica*. São Paulo: Global; 2008.
39. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora UnB; 2004.
40. Habermas, J. Escritos sobre moralidad y eticidad. Barcelona: Ediciones Paidós; 1991.
41. Montaigne M. Ensaio. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
42. Popper K. A lógica da pesquisa científica. São Paulo: Cultrix; 2001.
43. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
44. Loch J. Bioética, interdisciplinariedade e prática clínica. Porto Alegre: Edipucrs; 2008.
45. Cairus FH Ribeiro Junior W. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Recebido em: 09 de janeiro de 2012.
Aprovado em: 31 de janeiro de 2012.