

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Educação médica em bioética [Bioethics in medical education]

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	Sociedade Brasileira de Bioética - SBB
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-06-14 20:07:24
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/220765

Educação médica em bioética ***Bioethics in medical education***

José Eduardo de Siqueira

Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil.

jsique@sercontel.com.br

Resumo: O ensino de ética e bioética no curso médico tem sido motivo de intensos debates nos últimos anos. Este fato é motivado por mudanças que vêm ocorrendo nos campos sociais, culturais, econômicas, tecnológicas e políticos. Faz-se imperioso melhor qualificar a formação ética do profissional médico por ser essencial em seu labor cotidiano, bem como no relacionamento com pacientes e seus familiares e a comunidade em geral. O século XXI pede por profissionais habilitados para tomarem decisões prudentes frente aos dilemas morais relacionados à saúde humana. O propósito central deste ensaio é o de discutir as alternativas de ensino de bioética no curso de medicina.

Palavras chave: Bioética. Educação. Formação acadêmica em medicina.

Abstract: This paper discusses the importance of incorporating the study of bioethics within the training for health professionals, particularly physicians, considering that their training is marked by technicism and distancing from humanistic values. It shows that transformation of today's educational parameters, which are focused on instruction, is essential for achieving changes in paradigms that involve both teachers and students, in relation to knowledge. This is especially so because the Cartesian perspective that guides academic tradition tends to annul the capacity to act in a transdisciplinary manner.

Key words: Bioethics. Education. Professional training. Transdisciplinarity.

Herança cartesiana e valores morais

Antes de mais nada, é necessário enfatizar que educar não consiste simplesmente em instruir, transferir conhecimentos, mas colaborar na formação do caráter de uma pessoa para que possa alcançar a condição de cidadão cooperativo na construção de sociedade solidária.

Lamentavelmente, cultivamos modelo educacional cativo de parâmetros como eficácia, rentabilidade econômica, esmero na formação técnica e subestimamos a educação em valores éticos. Nosso míope pluralismo moral concebeu a educação inspirada na busca do êxito pessoal, embalada pela competitividade sem escrúpulos na qual sempre acaba prevalecendo a vitória do mais forte. As regras do mercado transformaram em letras mortas a trilogia anunciada pela revolução francesa: liberdade, igualdade e fraternidade. Como resultado, as universidades contribuem cada vez mais para formar profissionais egocêntricos, predadores sociais e menos cidadãos que cultivem a solidariedade.

Há espaço para cultivar a liberdade, a solidariedade, a tolerância com o diferente, a convivência democrática, a luta contra a discriminação e as injustiças sociais? Como superar esse perverso modelo de formação universitária que oferece como produto acabado de profissionais, especialistas com visões descompromissadas com valores éticos fundamentais?

Bioethics, bridge to the future, de Van Rensselaer Potter, é considerado marco histórico para construção de novo modelo de percepção ética diante dos desafios que foram apresentados à humanidade a partir da segunda metade do século XX (1). Considerando que a "universidade deveria ser o lugar de permanente busca da verdade orientada para o futuro visando transmitir às gerações de acadêmicos não só conhecimentos, mas também, juízos de valores", Potter sugere que para superar os exíguos limites reflexivos das disciplinas, há que se elaborar a construção do saber em perspectivas interdisciplinares na busca de uma "ciência da sobrevivência" para a espécie humana (2).

Sabemos que é possível preservar liberdades individuais e simultaneamente cultivar hábitos sociais fraternos. Entretanto, é certo que a atomização do conhecimento, produto do modelo cartesiano de formação acadêmica, nos fez perder a noção de comunidade humana solidária. A universidade, que deveria promover a universalidade do conhecimento, transformou-se numa gigantesca arca que conduz diferentes núcleos de restritos saberes que sequer se comunicam entre si. Uma enorme Torre de Babel, flutuando impávida sobre o tumultuado oceano dos sofrimentos da humanidade. Nietzsche avaliou assim a arrogante postura do cientista moderno:

"Vós sois seres frios que vos sentis encouraçados contra a paixão e a quimera. Bem 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" (3).

Brecht, por sua vez, alerta em *A vida de Galileu*:

"Talvez, 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 de pavor" (4).

A necessidade de introduzir a reflexão bioética no ambiente acadêmico dos profissionais da área de saúde faz-se presente na singela recomendação de Lain Entralgo: "O profissional que seriamente queira exercer medicina, terá que dominar o saber de humanidades" (5). O modelo cartesiano de ensino, condutor da formação de profissionais da área de saúde, privilegia o conhecimento fragmentado de acordo com percepções específicas de cada área do saber acadêmico, desconsiderando a óbvia inseparabilidade entre as partes que constituem o ser humano integral.

Tal concepção divide a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores, pequenos lotes de conhecimentos sob domínio de especialistas que, segundo Morin, passaram a comportar-se como "lobos que urinam para marcar seus territórios e mordem os que nele penetram" (6). Quaisquer propostas de mudanças na estrutura curricular desses cursos encontram enormes resistências por parte dos "donos dos lotes", que transformaram a formação acadêmica de profissionais de saúde em interminável seqüência de exposição de pequenos saberes desconexos.

Em conseqüência desse equivocado modelo pedagógico, impõem-se aos estudantes cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos de diferentes disciplinas, nas quais as informações são apresentadas sem qualquer preocupação de necessária síntese que possa permitir aos

jovens melhor compreensão do ser humano biopsicosocial. Morin explica que, originalmente, a palavra disciplina designava um pequeno chicote utilizado para exercícios de autoflagelação. No sentido atual, "tornou-se um meio de flagelar aqueles que se aventuram no domínio das idéias que os especialistas consideram propriedades suas" (6).

O modelo de educação baseado no paradigma cartesiano acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo biológico e não o ser humano integral, a quantidade e não a qualidade, o periférico e não o nuclear, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, o transitório e não o essencial. Como apreender o global, o multidimensional, o complexo e organizar o conhecimento para melhor compreender o ser humano, necessário protagonista de qualquer reflexão acadêmica? Curiosamente, encontramos a resposta em um contemporâneo de Descartes – Pascal – que assim caracterizou a sensata construção do saber:

"Sendo todas as coisas causadas ou causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas ou imediatas e sustentando-se todas por um elo natural que une as mais distantes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer as partes" (7).

Portanto, segundo tal afirmação, faz-se imperioso adotar novos modelos pedagógicos que facilitem o conhecimento e domínio de habilidades e atitudes dos profissionais de saúde que lhes permitam reconhecer o ser humano em sua integralidade. É urgente unir o que foi arbitrariamente separado.

Troncon atribui a perda do caráter humanista das ciências da saúde ao fato de a prática profissional permanecer cativa de uma visão reducionista e mecanicista do ser humano. Tributária do modelo cartesiano de ciência, a medicina atual percebe os seres vivos apenas como variáveis biológicas, desprezando os aspectos emocionais, crenças e valores, enfim, a história biográfica da pessoa enferma (8). Ao trocarmos ricas variáveis sócio-antropológicas do ser humano enfermo por um reconhecimento unicamente biológico, induzimos jovens estudantes a transformarem-se em meros cuidadores de doenças. Dados indicativos de vários estudos demonstram a importância do

período de instrução acadêmica nessa grave distorção da formação profissional.

Pesquisa estadunidense realizada nos anos 1950, com 64 médicos que responderam questionários aplicados no início e ao final de seus cursos universitários, mostrou que a maioria dos jovens ao ingressar na faculdade demonstrava especial interesse em exercer a profissão guiada por espírito de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo. Ao final do curso, entretanto, pouco restava desse ideal nos recém-formados. Os dados coletados permitiram concluir que, paradoxalmente, ao longo do curso de medicina ocorria significativo crescimento do cinismo, concebido com regra profissional, enquanto diminuía o humanismo (9). Também Robinson observou que estudantes de medicina ingleses reconheciam que o treinamento profissional, que era levado a efeito ao longo de suas formações acadêmicas, os estava induzindo a desconsiderar atitudes de cuidado aos enfermos, motivo que os havia, originalmente, atraído ao curso médico (10).

O mesmo tipo de resultado foi constatado em pesquisa empreendida por Kottow para identificar mudanças nas atitudes morais de 79 estudantes de medicina em diferentes momentos da formação acadêmica. Conclui que no transcorrer do curso instala-se "uma progressiva erosão de atitudes humanistas que são substituídas por orientação profissional de respeito à normas e códigos" trocando-se, assim, a atenção ao ser humano biográfico por obediência a um conjunto de normas deontológicas (11). Estudo da Associação Americana de Escolas Médicas também constatou que expressivo número de estudantes de medicina estadunidenses subestima atitudes de respeito ao paciente, fazendo prevalecer como prioritários em suas vidas profissionais os valores materiais, como acúmulo de riqueza e êxito em galgar posições de destaque na escala social (12).

Lind realizou estudo com 746 estudantes de medicina ao longo de seis anos de formação acadêmica, concluindo ter havido regressão na competência em estabelecer juízos morais, o que ficou expresso pelo desprezo que os alunos progressivamente passavam a dedicar aos pacientes enquanto pessoas (13). Rego constata situação semelhante e reconhece nesse comportamento uma *ignóbil coisificação* do paciente, sendo a pessoa transformada em mero objeto de interesse profissional e despida de qualquer valor humano.

Exemplificando tal perspectiva, esse autor relata que um de seus alunos ao referir-se a pacientes humildes, 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 alternativo em inglês SPOS, que corresponde às iniciais do intraduzível *subhuman piece of shit*, muito utilizado pelos candidatos a médicos estadunidenses (14).

Afora estes inqualificáveis preconceitos, o modelo vigente de ensino médico tem sua atenção voltada para conhecimentos especializados, com estreita dependência de tecnologias sofisticadas. Subestima o domínio de habilidades fundamentais e promove nos estudantes verdadeiro fascínio pelos equipamentos de semiologia armada, o que torna o artefato e informações dele advindas mais importantes que as fornecidas pelo próprio ser humano enfermo e as verdadeiras circunstâncias que motivaram seu adoecimento (8).

Nessa realidade distorcida, o paciente é, tão somente, ator coadjuvante e merecedor de papéis secundários que o reconhecem como cidadão de segunda categoria, limitado no exercício de sua autonomia, já que o profissional intervém sobre seu corpo como se ele, paciente, fosse pessoa incapaz de tomar decisões próprias. Considera-se, portanto, desnecessário ouvi-lo, já que os equipamentos falam por ele.

Ensino de ética e formação do caráter moral dos estudantes de medicina

Hellegers, primeiro diretor do Instituto Kennedy de Ética, afirmava no início 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. O extraordinário crescimento da medicina tecnológica foi desacompanhado de necessária reflexão ética, o que levou Potter a sugerir critérios sobre quando não utilizar toda parafernália tecnológica disponível em tomadas de decisões clínicas nos cuidados a pacientes criticamente enfermos (15).

Estudo pioneiro de Meira sobre o ensino de ética, realizado em 79 escolas de medicina do Brasil, mostrou como a disciplina teve sua carga horária subestimada na estrutura curricular. De um total de 8.640

horas oferecidas no período de graduação, apenas 50 delas, ou seja, 0,6% da carga horária integral do curso médico, foi destinada ao ensino de ética. Com total de horas variando entre 10 e 50, concentradas, sobretudo, no 3º, 4º ou 5º anos, reduzido número de docentes e quadro formado essencialmente por professores da área de Medicina Legal, pode-se avaliar as grandes limitações da disciplina para cumprir minimamente suas finalidades de colaborar na formação do caráter do estudante (16).

Interessante registrar que relatório de 1985 da Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina (CFM) já assinalava:

"... quanto ao período ideal para administração do curso, a maioria dos docentes é favorável que o ensino de ética tenha início já no ciclo pré-clínico e se prolongue ao longo de toda graduação e se estenda, inclusive, aos cursos de pós-graduação" (17).

Estudo realizado na Universidade Estadual de Londrina mostrou que a maioria dos alunos da disciplina de bioética oferecida no curso de medicina, quando indagados sobre período mais adequado para introdução de temas de bioética no curso médico, respondeu que os mesmos deveriam ser apresentados ao longo de todos os anos da graduação (18). Tanto o relatório do CFM, quanto esse estudo mostram perfeita sintonia de opiniões entre corpo docente e discente a respeito da necessária inclusão de questões atinentes ao ensino de ética e bioética no currículo regular de cursos de graduação da área da saúde.

Importantes autores que se debruçam sobre a questão da formação ética profissional, consideram que o caráter moral básico do estudante já estaria estruturado antes mesmo de entrar na universidade. Entendem, portanto, que o ensino de ética não deve ser desenhado para melhorar o caráter moral dos futuros profissionais, mas sim para dotar aqueles que já o possuem de conhecimentos intelectuais e habilidades que lhes permitam o melhor desempenho ético possível (19).

Dos modelos formulados para análise do comportamento relacional dos seres humanos, destaca-se, para os objetivos deste texto, a Teoria de Desenvolvimento das Atitudes Morais, elaborada por Lawrence Kohlberg. Este discípulo de Piaget elaborou teoria sobre o desenvolvimento das atitudes morais do ser humano, propondo três ní-

veis progressivos de explicitação do raciocínio moral comum a todas as pessoas, que seriam, pela ordem crescente, pré-convencional, convencional e pós-convencional. Estes três níveis conteriam um total de seis estágios distintos.

As manifestações mais elementares de moralidade, estágios 1 e 2, restringir-se-iam a obedecer ordens emanadas de autoridades superiores, evitando a punição e buscando a realização de interesses pessoais. Os estágios sucedem-se progressivamente, acompanhando a capacidade de entender, refletir e responder aos imperativos morais. Os estágios superiores, 5 e 6 da classificação, são identificados com o nível pós-convencional. Seriam observados no comportamento de indivíduos que ao reconhecerem direitos e normas determinados autonomamente por cada pessoa, adotariam princípios éticos universais de justiça, escolhidos livres de qualquer coação, o que caracterizaria a mais elevada expressão de consciência moral. Importante considerar, entretanto, que nem mesmo Kohlberg conseguiu identificar indivíduos no último estágio da escala, o que explicaria sua tentativa tardia de retirá-lo da classificação original.

Segundo o autor, as pessoas evoluiriam progressivamente nesses estágios à medida que amadurecessem e uma vez atingido um determinado nível, não seria possível qualquer regressão a estados 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 estágio ou retornar a etapas anteriores (20).

Assim, se o caráter moral básico do estudante pode ser considerado parcialmente estruturado mesmo antes de ingressar na faculdade, é imperioso reconhecer, por outro lado, que significativa parcela de sua formação moral será adquirida e enriquecida durante a graduação, em um processo contínuo que poderia ser facilitado pela inclusão da disciplina de bioética. Entretanto, a tarefa se apresenta tão complexa que alguns autores questionam a possibilidade real de ensinar bioética. Sem dúvida, enorme é o desafio a ser enfrentado, sobretudo considerando que a estrutura atual dos cursos da área da saúde privilegiam a formação técnica em detrimento da humanística.

Uma coisa parece certa entretanto, o ensino de ética/bioética deve abandonar o modelo de aulas magistrais em que temas são expos-

tos por docentes como se verdades acabadas fossem. Não invariavelmente, estas aulas tradicionais apontam para realidades distantes dos dilemas que os alunos vivenciam no cotidiano e frequentemente guardam pouca ou nenhuma relação com os conflitos morais que lhes serão apresentados na futura prática profissional. Nesse modelo passivo de ensino, os estudantes não são estimulados a refletir sobre diferentes valores morais e respeitar convicções e crenças pessoais dos pacientes.

É preciso considerar, outrossim, que dificilmente estas questões podem ser aprisionadas em programas disciplinares fixos, já que normas morais são construídas ao longo do tempo, sendo transmitidas, modificadas e enriquecidas a cada avanço da ciência e de novos comportamentos adotados pelos membros da sociedade. Esta condição também contribui para tornar incompatível o ensino de ética /bioética por metodologia convencional de transmissão passiva do conhecimento e em carga horária tão reduzida como a ofertada presentemente no currículo da maioria dos cursos da área da saúde. As discussões em bioética devem ocupar todos os momentos possíveis da formação acadêmica de profissionais da área médica.

Em síntese, o ensino de ética/bioética nos cursos da saúde 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 construídas a partir de proposições intersubjetivas, moldadas em relação professor-aluno mais simétrica e cooperativa.

Novas propostas pedagógicas para a formação de profissionais de saúde

O modelo atual de ensino utilizado na formação de profissionais de saúde foi concebido por Flexner no início do século XX, quando propôs para tanto a aplicação de regras cartesianas, o que significou privilegiar a construção do conhecimento na dependência de iniciativas pedagógicas restritas ao âmbito de hospitais terciários e concebidas por pequenas áreas do saber, representadas pelas sub-especialidades médicas, subestimando a inequívoca inseparabilidade entre as partes e a totalidade do ser humano.

Dividiu-se a unidade complexa do ser humano em partes cada vez menores do domínio científico e entregou-se às inúmeras disciplinas autônomas a tarefa de construir a estrutura curricular dos diferentes cursos de graduação. Como resultado, o período de instrução acadêmica transformou-se em exercício obsessivo de acumular e "empilhar" informações sem a menor preocupação de selecioná-las e organizá-las. No entendimento de Morin, a universidade está formando profissionais com "cabeça bem cheia" de conhecimentos técnicos, quando contrariamente deveria prepará-los para ter "cabeça bem feita", pois mais importante que o acúmulo indiscriminado de informações será a capacidade de organizá-las e, sobretudo, ligar esses saberes para que adquiram sentido (6).

O predomínio do conhecimento fragmentado, gerado pelo clássico modelo das disciplinas, inviabiliza a percepção da integralidade do ser humano que sempre será, a um só tempo, biológico, psicológico, cultural e social. Esta unidade complexa é desintegrada na formação acadêmica que considera a disciplina como unidade de medida. Ao restringir-se ao domínio de cada disciplina, o conhecimento se fragmenta, dividindo o indivisível (21) e impedindo uma visão da totalidade, essencial a todos os profissionais que dedicam-se a cuidar de seres humanos.

Quando se discute mudanças curriculares para os cursos de graduação da área da saúde, quase, invariavelmente, os debatedores ocupam-se em propor unicamente mudanças programáticas. Ampliação ou redução de carga horária de disciplinas já existentes ou a criação de novas, preservando o arcabouço disciplinar original. Esquecem que o imprescindível são transformações paradigmáticas e não simplesmente remendos ou inserções de temas no programa tradicional. Como já foi dito, educar uma pessoa não é simplesmente instruí-la, mas facilitar a formação de seu caráter.

Atualmente se convive sem qualquer constrangimento com o modelo de universidade-empresa, que busca unicamente gerar lucros sem considerar a capacitação moral dos futuros egressos. São criadas universidades privadas as quais se guiam por regras inconfessáveis que fazem com que o ensino seja negociado como qualquer mercadoria de consumo. Tal situação leva a questionar se não se deve atribuir à universidade parcela de responsabilidade na formação de

cidadania. Onde deverá ser cultivada a liberdade, a solidariedade, a tolerância, a convivência democrática, a luta contra a discriminação e a desigualdade social, senão na universidade? Como reformar esse aparelho formador perverso que molda especialistas com visões descompromissadas com valores éticos fundamentais, senão na reestruturação da universidade? (22)

Na busca pela perfeição técnica dos aparelhos eletrodomésticos e de informática, vendidos nos cada vez mais sofisticados centros de consumo, despreza-se o bem maior que é a vida humana. Os ditames do mercado levam a esquecer o ensinamento de Rousseau que apontava que o único e autêntico sentido de nossas ações deveria ser o de buscar proporcionar dignidade às condições da existência humana. Os grandes centros urbanos vivem hoje o pesadelo previsto por Josué de Castro em *A geografia da fome*; ao descrever as modernas megalópoles como conglomerados onde viveriam enormes populações de pessoas insones. Para aquele autor, nesses espaços haveria aquelas que não dormiriam porque torturadas pela fome e as que não o fariam com medo do imenso contingente de famintos. Os grandes condomínios fechados das modernas cidades já constituem sofisticadas prisões de pessoas que, pateticamente, consideram-se cidadãos privilegiados (23).

Mac Intyre argumenta que a cultura moderna tornou ausente a concepção de pessoa humana, nos moldes concebidos por filósofos gregos e cristãos. Segundo o autor, o racionalismo científico, o Iluminismo e a Modernidade, sepultaram a possibilidade de uma ética universal (24). A atomização do conhecimento não enriquece, pelo contrário, empobrece o fazer acadêmico. Como bem observou Marcuse, o homem não é unidimensional, por mais que os economistas assim o queiram. Para ser bom médico, enfermeiro, psicólogo ou odontólogo, numa sociedade plural e carente do exercício de cidadania, não basta dominar técnicas de uma área especializada do conhecimento, mas ser igualmente competente no saber de humanidades (25).

A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1993, acolheu a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) denominada *Changing medical education and practice: an agenda for action*. Essa proposta aponta para novas práticas educativas que substituam as ações tradicionais, centradas no modelo dis-

ciplinar, incorporando para tanto estratégias diferenciadas para gerar conhecimento mais adequado sobre o processo saúde-doença, sempre privilegiando o enfoque transdisciplinar (26).

Nesse sentido, um novo modelo pedagógico, já adotado em várias universidades brasileiras em diferentes cursos da área da saúde, conhecido como aprendizagem baseada em problemas (ABP), promove a integração curricular entre os ciclos básico e clínico, sendo organizado em módulos de ensino que substituem as tradicionais disciplinas. Essa nova proposta educacional busca substituir a tradicional forma de transmissão vertical e passiva das informações docente-discente pela adoção do modelo socrático de aprendizagem, orientado de maneira mais simétrica e estruturada na construção crítico-reflexiva do conhecimento científico (27).

O incontido crescimento de novas áreas do saber, aliado ao crescimento exponencial de publicações científicas, torna impossível acomodar todas essas novas informações nos cursos de graduação. Apenas em língua inglesa são publicados anualmente, desde os anos 1950, mais de um milhão de comunicações científicas. A grande maioria dessas publicações só pode ser compreendida por um pequeno grupo de especialistas, portanto, poucos estão em condições de analisar a enorme massa de conhecimentos acumulada pela ciência (28).

É óbvio que isso nada tem de inusitado, pois assim evolui a ciência, na construção permanente do saber por meio de mergulhos cada vez mais profundos no oceano do conhecimento. O que parece pouco razoável, entretanto, é transformar esse material que busca descrever níveis da realidade distintos da percepção sensível e, portanto, recolhido de águas profundas do saber, nos temas convencionais de aulas para estudantes de cursos de graduação. Ilustram essa afirmação recentes estudos da Física que apresentam novas áreas de pesquisa, como a eletrodinâmica estocástica, na qual são propostas interpretações conceituais alternativas para fenômenos tradicionalmente tratados sob a ótica da teoria quântica. O que dizer, por exemplo, sobre a Teoria de Cordas (29), área de pesquisa da Física Teórica, que trata de fenômenos que ocorreriam em energias da ordem de um quatrilhão a dez quinquilhões de unidades de energia, sabendo-se que os dispositivos para ensaio experimental atualmente disponíveis não permitem verificação além de mil unidades da mesma energia?

Preocupada com o extraordinário avanço do saber científico e a proliferação das disciplinas acadêmicas, a Unesco criou a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI que, juntamente com a Comissão Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares, elaborou o Projeto Ciret-Unesco. Neste projeto é especificado que:

“A pesquisa disciplinar diz respeito, no máximo, a um único nível de realidade... A fragmentos de um só nível de realidade... A transdisciplinaridade interessa-se pela dinâmica gerada pela ação de diversos níveis de realidade ao mesmo tempo e alimenta-se da pesquisa disciplinar... Nesse sentido, as pesquisas disciplinares e transdisciplinares não são antagônicas, mas complementares” (30).

O relatório final propõe um novo tipo de educação universitária estruturada sobre os seguintes eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto, aprender a ser (30).

Esses quatro eixos propostos pelo Projeto da Unesco estão contidos na essência do novo projeto pedagógico da aprendizagem baseada em problemas (ABP) e podem ser sintetizados como: aprender a aprender. Considera-se que ensino-aprendizagem é um ativo e contínuo processo multidirecional que se estabelece entre professor e aluno. Sob tal enfoque não há aprendizado finito, estanque, unidisciplinar, mas, o que pode haver é um processo de aprendizagem que se estende ao longo da vida e envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltada à realidade, sendo, então, necessariamente interdisciplinar (31).

Deve-se considerar, entretanto, que ainda estamos longe de nos libertar do jugo do chicote disciplinar descrito por Morin. Certa vez, Max Planck, indagado sobre as possibilidades de mudanças de paradigmas em ciência, fez uma sombria apreciação, dizendo que uma nova verdade científica não triunfaria por meio de convencimento dos membros defensores do pensamento tradicional, mas, somente, quando uma nova geração de cientistas acolhessem e divulgassem como veraz o paradigma emergente.(6)

Em busca da construção de novo modelo educacional a Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) propôs diretrizes sobre parâmetros imprescindíveis na formação dos

estudantes de medicina no Brasil: adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita 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 permita tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, sejam eficientes e respeitosas ao ser humano e seu ambiente; e ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos (32).

Onde encontrar na academia ambiente que facilite alcançar esta meta, se a universidade sequer percebe a extraordinária mudança que vem ocorrendo nos últimos anos, com a aproximação entre ciência e filosofia que, após tanto tempo distantes, ora convergem seus olhares para considerar a construção de uma nova sociedade? (33). Como sensibilizar os administradores universitários a buscar este novo paradigma, se os compromissos institucionais estão quase que unicamente voltados para formar profissionais em quantidade, não considerando a qualidade dos mesmos? Como comover o frio aparelho estatal, que prefere técnicos que contabilizem números elevados de atendimentos ambulatoriais para fins estatísticos, a fazê-lo compreender sobre a necessidade de formar profissionais preparados para atender o ser humano integral? Como convencer todas essas instâncias burocráticas do poder que é imperioso formar profissionais que saibam melhor acolher a pessoa enferma e não meros "gerentes de biotecnologias complexas"?

Todas estas inquietações nos obrigam a encarar como urgentes inúmeras ações transformadoras. Por onde começar? Sem dúvida, pela universidade que padece da crônica enfermidade do imobilismo e da falta de criatividade. Temos que nos empenhar em restaurar vida a esse organismo que foi concebido para ser vanguarda na construção do saber e inadvertidamente mergulhou em sono profundo, embalado por projetos que cheiram a mofo e bem incorpora o famoso ditado popular, "por fora bela viola, por dentro pão bolorento".

Modelos de educação em bioética

Como disciplina emergente, ainda sem uma feição definitiva, a bioética brasileira pede por uma análise crítica dos principais modelos de ensino até então propostos, iniciativa que esboçaremos a seguir.

Modelo normativo ou deontológico

Para a maioria dos cursos da área da saúde, ainda prevalece o modelo de ensino de bioética conduzido pela disciplina de deontologia, onde a matéria é apresentada como um elenco de normas legais estatuídas para dar respaldo moral às tomadas de decisões profissionais. Com um arcabouço bem definido de normas, não passíveis de questionamentos, os docentes apresentam aos alunos regras de conduta a serem obedecidas. Frente à questão do aborto, por exemplo, o corpo discente é informado sobre o que é permitido pelos Códigos Penal e Deontológico. As orientações oferecidas pelos professores durante atividades acadêmicas são para o acatamento das normas legais e considerando-se que a legitimidade dos mandatos morais é prerrogativa de autoridades superiores, cabe aos profissionais, apenas, o dever de obedecê-las.

Assim, ao se perguntar a um estudante em que circunstâncias uma gravidez poderá ser interrompida, obter-se-á de imediato a resposta que está consagrada no Código Penal, ou seja, duas são as circunstâncias possíveis: em caso de estupro ou risco de morte para a mãe. O mesmo aluno aprenderá em outra disciplina que o estudo ultrasonográfico abdominal efetuado em fases iniciais de gestação pode diagnosticar mal-formações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina do conceito, como é o caso da anencefalia. Ao questionar o professor de ginecologia sobre a indicação de interrupção da gravidez nestes casos, receberá do docente a resposta que a prática é permitida em muitos países, porém não no Brasil. Mas que sentido tem manter gestação de feto desprovido de cérebro e que a ciência provou inviável em vida extra-uterina? Responde o professor: trata-se de uma questão proibida pelos códigos e, portanto, não passíveis de discussão.

Este modelo de atitude, cativa de código de normas, caracteriza uma situação de imobilismo moral que transforma profissionais e pacientes em vítimas passivas de instrumentos legais que os obrigam a

permanecer estacionados na incômoda posição de minoridade cidadã. Nestas circunstâncias, não é raro que alunos considerem exercício inútil o debate de temas éticos, argumentando que não há porque discutir questões relacionadas a dilemas morais de pessoas enfermas, pois os mesmos contam com soluções já previamente definidas pelas normas codificadas em vigor.

A história, entretanto, mostra que os códigos de normas têm vigência restrita no tempo e dependem essencialmente de mudanças conceituais e comportamentais da comunidade humana. Até o século XIX, a escravidão de negros era prática social moralmente aceita recebendo, inclusive, o beneplácito da Igreja Católica Romana, que não os reconhecia como pessoas humanas dotadas de alma. As normas legais então vigentes consideravam os escravos como qualquer mercadoria, propriedade passível de compra e venda, organizando a partir dessa perspectiva os mecanismos legais para as práticas comerciais permitidas à época.

Quando consideramos as tomadas de decisões na área da saúde, torna-se pouco razoável pedir que profissionais acatem pacificamente normas que não encontram amparo científico ou moral. O mesmo Código Penal, que proíbe a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal, autoriza o abortamento de fetos normais em circunstâncias de gravidez resultado de estupro. O modelo deontológico de educação em bioética mostra-se, portanto, instrumento pouco adequado para capacitar estudantes para a difícil tarefa de auxiliar pacientes a tomar decisões frente a dilemas morais. Na escala proposta por Kohlberg para reconhecimento do desenvolvimento moral, seria como obrigar o profissional de saúde a estacionar seu juízo ético no estágio convencional.

É imperioso considerar que os códigos deontológicos são fundamentais para estabelecer controle sobre a boa prática profissional, assim como para orientar a harmônica convivência social. É, entretanto, igualmente essencial estimular a sociedade a atualizá-los sempre que necessário, para adequá-los à moralidade de cada época. O Código de Moral Médica, de 1929, estabelecia em seu artigo 75 que era "terminantemente proibido ao médico aconselhar sistemas ou procedimentos destinados a impedir a fecundação da mulher". O Código de Ética Médica de 1988 estabelece em seu artigo 67 que: "é vedado ao

médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo sempre esclarecer sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método".

Embora a maioria dos cursos da área da saúde do país ainda ofereça disciplina que privilegiem o modelo deontológico de ensino, é mister reconhecer suas profundas limitações. Em primeiro lugar porque tais disciplinas não guardam perfeita sintonia com as transformações nos costumes sociais, assim como com o avançado grau de pluralismo moral ora vigente na sociedade. Segundo, pelo fato destas disciplinas não qualificarem adequadamente os profissionais para tomadas de decisões frente a graves dilemas morais que enfrentarão em seu cotidiano de trabalho. Assim, tais disciplinas devem ser consideradas como módulos de ensino de deontologia e não de bioética.

Modelo pragmático

Este modelo tem forte inspiração na ética principialista, como vieram a ser conhecidos os quatro princípios éticos da obra *Principles of biomedical ethics* de Beauchamp e Childress. Foi rapidamente adotado como instrumento prático para orientar os profissionais de saúde a conduzir os dilemas morais que enfrentavam cotidianamente na clínica (34).

O exercício de aplicação dos quatro princípios - autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça - foi prontamente dominado e transformou-se em porto seguro para o encaminhamento de soluções bastante pragmáticas em bioética clínica. Embora rotulados pelos autores como princípios prima-facie, a aplicação rotineira numa cultura liberal como a estadunidense fez prevalecer a autonomia e beneficência do paciente. As tomadas de decisões que, no modelo deontológico, são orientadas por regras contidas em normas legais, na visão pragmática têm o protagonismo transferido para as preferências dos pacientes, como seres autônomos que sempre buscam o maior benefício, segundo suas próprias percepções morais. Se as normas estatuídas do modelo deontológico privilegiam uma visão pública dos problemas morais das pessoas, o pragmatismo faz prevalecer o interesse privado.

Este novo modelo tem sua atenção voltada para soluções de micro-problemas com ênfase na visão isolada do indivíduo. Indiscutivelmen-

te, há que se reconhecer o grande avanço representado pela substituição do modelo guiado por normas impessoais e a adoção de decisões que contemplam a vontade expressa da pessoa. Ao trocar o modelo deontológico pelo pragmático, valoriza-se o poder decisório do ser humano, reconhecendo-o como capaz de tomar decisões morais.

Este modelo exerceu grande fascínio sobre os profissionais de saúde por permitir identificar e tratar as questões morais em sua autêntica origem, ou seja, na vida dos principais interessados, os pacientes, que padeciam de sofrimentos intransferíveis. Devido a ele, a orientação de casos discutidos em bioética clínica passava, afinal, a dispor de instrumento reflexivo de fácil manuseio e bastante eficiente, porque ao concluir as considerações teóricas, chegava-se a propostas concretas sobre o que fazer, ou seja, era possível tomar uma decisão que atendia aos interesses da pessoa enferma.

Considerar todos os dilemas sob o prisma dos quatro princípios passou a ser exercício rotineiro em tomadas de decisões ao pé do leito. Assim, por exemplo, diante de um caso de diagnóstico precoce de feto portador de mal-formação grave e complexa, bastaria perguntar ao casal se desejava interromper a gestação e o caso estaria resolvido, pois atendia a decisão autônoma dos pais, evitando a maleficência e produzindo o benefício de poupá-los de prosseguir sacrifício inútil.

Na opinião de Drane, em relação aos benefícios prestados pela ética principialista,

“... um dos aspectos mais gratificantes da experiência norte-americana de ética médica é a de ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas médicos 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” (35).

Diante de qualquer dilema moral, os seminários de educação em bioética eram orientados para a busca de identificação dos problemas reais existentes e, por meio do roteiro principialista, buscava-se a solução prática que o caso pedia. Ao final, era necessário ter clareza se a proposta de tomada de decisão atendia a vontade autônoma da pes-

soa enferma, se era beneficente e não lhe trazia malefício significativo. Caso as respostas fossem afirmativas, entendia-se que o procedimento tinha amparo moral. Este exercício, aparentemente tão singelo e eficiente, foi rapidamente adotado por grande número de docentes em atividades de ensino de bioética.

Entretanto, alguns bioeticistas que buscavam por fundamentos filosóficos mais sólidos, sempre interpunham questões que pareciam, a princípio, apenas teóricas, mas na análise mais detida dos fatos mostravam-se pertinentes, senão imprescindíveis. Para exemplificar, façamos breve análise de um caso real ocorrido nos Estados Unidos da América (EUA). Casal Buzzanca, estéril, procura clínica de fertilização humana assistida para realizar o sonho de ter um filho. A mulher, Luanne, portadora de endometriose uterina, não poderia acolher embrião em seu órgão doente. John, o marido, apresentava oligospermia e defeito na motilidade dos espermatozoides. Estas dificuldades iniciais foram vencidas mediante compra de sêmen masculino e óvulo, ambos os materiais de doadores anônimos, procedimento isento de ilicitude pela legislação estadunidense.

Impossibilitada de receber em seu próprio útero o embrião produto da fertilização *in vitro*, Luanne concordou em contratar mulher sadia para ser gestante de substituição, mediante contrato que estipulava o valor de dez mil dólares pelo serviço a ser prestado, procedimento igualmente legal naquele país. No oitavo mês de gestação, o casal Buzzanca se divorcia e o acordo original passa a ser contestado por John, o marido, com o argumento de não reconhecer aquela criança como filho legítimo. O produto da gestação recebera o nome Jaycee, escolhido após identificação do sexo da criança pela realização de ultra-som abdominal em fase precoce da gestação. A divergência entre John e Luanne transformou-se em processo judicial e o caso foi encaminhado para a corte de justiça do Estado da Califórnia, que após o nascimento da menina, a tipificou como "uma criança sem pais definidos". Jaycee permaneceu sob a tutela do Estado por quatro anos, até que a decisão final da Suprema Corte deu ganho de causa beneficiando Luanne (36). Percebe-se no caso que todas as atenções permaneceram voltadas aos interesses do casal Buzzanca, desconsiderando os de Jaycee, produto passivo da gestação encomendada pelos pais sentimentais.

Ao tratar da questão da fertilização humana 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" (37).

O caso Jaycee mostra que determinados casos discutidos em bioética clínica não encontram solução satisfatória no simples exercício de aplicação dos quatro princípios. Torna-se essencial recorrer a mais profunda reflexão filosófica sobre valores, o que equivale dizer que a indicação pragmática de procedimentos médicos desamparada de base argumentativa sólida é insuficiente, sendo as vezes, até imprudente. Como decorrência, expressivo número de bioeticistas considera impossível encontrar soluções para dilemas morais apenas utilizando os instrumentos limitados da ética dos princípios, por entenderem que fundamentos e procedimentos são faces de uma mesma moeda.

Nos anos 1980, a ética dos princípios adquiriu tão ampla aceitação no mundo ocidental que, no ambiente acadêmico, era reconhecida como autêntica expressão da própria bioética, o que deu origem à incorreta denominação de princípios da bioética. Hoje essa perspectiva não corresponde ao estado da arte no campo da educação em bioética e, na clínica, já se considera que antes de qualquer tomada de decisão é indispensável a realização de ampla reflexão sobre os diferentes valores morais expressados por cada um dos envolvidos no caso em estudo. Mais do que reflexão sobre valores, é imprescindível que as condutas a serem adotadas, o sejam após longa deliberação entre profissional de saúde e paciente, para que se assegure que as mesmas sejam as mais razoáveis e prudentes possível.

Modelo deliberativo

De inspiração socrática-habermasiana, o modelo deliberativo não nega a importância de instrumentos normativos nem mesmo o pro-

pósito de encontro de soluções práticas para as necessárias tomadas de decisões. Entretanto, se afasta do critério assimétrico de imposição de normas do modelo deontológico e das decisões carentes de fundamentação da proposta pragmática da ética principialista, caracterizando-se por privilegiar o estabelecimento de relação dialógica que respeita os argumentos de todos os envolvidos na busca de soluções para os cada vez mais complexos dilemas morais na prática clínica.

Para além das proposições individuais que ambicionam impor verdades subjetivas, o novo modelo apenas reconhece autenticidade em tomadas de decisões que sejam legitimadas por processo de deliberação conjunta, respeitando todas as partes envolvidas no caso. Desse modo, a construção da proposta mais prudencial, não se centrará na vontade do sujeito isolado como ocorre no modelo pragmático, nem se submeterá a normas morais codificadas pouco razoáveis do modelo deontológico.

Parece inconseqüente orientar a educação em bioética para estudantes da área da saúde considerando apenas normas dos códigos penal, redigido em 1940, ou os deontológicos elaborados há menos tempo, porém já desatualizados em muitos aspectos. Para ilustrar a transitoriedade do valor da norma, faremos breve referência sobre o tratamento deontológico oferecido ao tema da terminalidade da vida. O atual Código de Ética Médica, em seu artigo 66 estabelece que "é vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal". O Conselho Federal de Medicina aprovou por unanimidade, Resolução que estabelece que "é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal", conforme publicado na seção Documentos da RBB 2 (2), 2006. Este exemplo parece evidenciar eloqüentemente a precariedade das normas deontológicas, pois o próprio CFM entendeu necessário introduzir mudança em artigo do código ainda vigente (38).

Da mesma maneira, considerando-se o caso da menina Jaycee, sob a ótica pragmática, poder-se-ia dar aula rica em detalhes sobre a aplicação do princípio da autonomia, ao enfatizar a livre expressão da vontade do casal Buzzanca em escolher todas as alternativas

tecnicamente possíveis e necessárias para a realização do projeto de ter um filho. Entretanto, se o caso fosse submetido à lógica de um processo deliberativo envolvendo todos os protagonistas, que não exclusivamente o casal interessado, é plausível imaginar que poderiam ser apresentados outros argumentos relativos a direitos do nascituro, paternidade responsável e uso adequado da técnica de fertilização assistida, o que possibilitaria considerar outras opções de conduta, mais razoáveis e prudentes, do que as originalmente adotadas.

O método deliberativo pretende mostrar aos estudantes que o caminho mais adequado para refletir sobre condutas clínicas em casos de dilemas morais será sempre o de levar em conta valores pessoais ou culturais e crenças de todos os envolvidos no caso. O que fazer quando existem conflitos de valores? Como fornecer aos estudantes subsídios prudentes para orientarem-se diante de casos concretos que efetivamente terão em suas vidas profissionais? Os dilemas morais não se resolvem simplesmente com a adoção de normas e tampouco é satisfatório imaginar que guardar distância deles, protegendo-se em posição de neutralidade, pode trazer conforto ao profissional. A única solução razoável é fazer com que os estudantes percebam que é necessário esmerar-se em ouvir atentamente todos os envolvidos no caso e, com muita prudência, participar do processo deliberativo que levará à tomada de decisão clínica.

Como a formação acadêmica tem o racionalismo cartesiano como herança, torna-se difícil adotar o método dialógico, pois se é instruído, desde as primeiras lições, a reconhecer que existe uma rígida hierarquização na ordem dos valores que regem as relações humanas e não é oferecida na formação acadêmica oportunidade para conhecer a arte de ponderar para deliberar. Faz-se necessário, portanto, acolher o ensinamento de Gracia:

“No hay más que una situación en la cual los principios pueden afirmarse como absolutos y sin excepciones, y es aquella en que la propia formulación del principio incluya ya la calificación moral negativa. Así, por ejemplo, puede decirse de modo absoluto que la violación es siempre mala. Pero eso es porque en el concepto de violación va ya incluido el de poseer a una persona en contra de su voluntad. Se trata de un juicio analítico y, por ello, tautológico.

Estos juicios sí son siempre y por necesidad verdaderos. Lo que dicen puede afirmarse de modo absoluto. Lo cual no significa que no pueden tener excepciones. Por más que la violación sea siempre mala, no está dicho que, en algún caso, al entrar en conflicto con otros principios o deberes, no pueda llegar a ser un mal menor. La realidad es más terrible de todo lo que pueda imaginarse... Mi tesis es que los cursos de bioética tienen que ser verdaderas escuelas de deliberación. Lo más importante del curso de ética no es tanto resolver problemas sino enseñar a deliberar" (39).

Considerações finais

Opondo-se ao ensino efetuado pela disciplina Deontologia, como também à proposta pragmática, o modelo deliberativo propõe a educação em bioética pelo processo da maiêutica, para a qual o ensino-aprendizagem efetua-se por intermédio de um exercício intelectual ativo e contínuo, realizado por professor e aluno. Essa proposta inspira-se no ensinamento socrático que dessa maneira concebe a relação professor-aluno:

"Mi arte mayéutica 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 mí y que, por el contrario, encuentran y alumbran en sí mismos de numerosos y hermosos pensamientos" (40).

Gracia assim se expressa sobre o método socrático e o ensino de bioética:

"Si algo me ha enseñado una experiencia de más de veinte años, ese algo no 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 adece-

namiento de la enseñanza académica e imitando al primer gran maestro de ética de la historia de Occidente, a Sócrates" (41).

Esse instrumento pedagógico que parece ser mais adequado para o ensino de bioética, recorre a processos interativos e participativos, considerando todas as variáveis do problema apresentado e utiliza o debate como método de aprendizagem.

Percebe-se, portando, que o modelo deliberativo é incompatível com disciplina que detenha carga horária de 50 horas preenchidas com aulas expositivas oferecidas a 80 alunos que ouvem em silêncio um professor apresentar seus pontos de vista sobre um tema de ética. Não nos parece exagerado caracterizar como tempo perdido, o ensino de ética/bioética desacompanhado de reflexão e debate. Aulas expositivas sobre normas deontológicas não passíveis de discussão ou conduzir sessões clínicas considerando que a função do profissional de saúde frente a dilemas morais dos pacientes deverá ser necessariamente neutra, não parecem orientações desejáveis em um ambiente de formação acadêmica. Como imaginar ser possível que um profissional da área de fertilização humana artificial possa considerar seu mister apenas técnico?

Caso exemplar, ocorrido há poucos anos, foi relatado pela imprensa a partir de depoimento de um conceituado médico em semanário leigo. Após processo bem sucedido de produção de embriões pela técnica de fertilização *in vitro*, esse profissional convocou o casal que lhe encomendara os embriões para dar-lhes a boa notícia de que em breve poderiam proceder à implantação uterina dos mesmos, já que os três embriões resultantes preenchiam as qualidades ideais para tanto. O cônjuge masculino, após tomar conhecimento da natureza feminina do sexo dos embriões, não somente afastou a possibilidade de implantar os mesmos no útero de sua esposa, como solicitou que o profissional os descartasse. Na mesma matéria, profissional proprietário de uma das maiores clínicas de fertilização assistida do país, defendeu a aplicação da técnica denominada sexagem (seleção do sexo embrionário no terceiro dia depois de realizada a fertilização *in vitro* com a finalidade de descarte de embriões indesejáveis) com argumentação bastante pragmática: "A gente não pode negar a ciência para casais que tenham a necessidade de realizar um sonho" (42).

As questões éticas que necessitam minimamente ser consideradas a respeito da sexagem não decorrentes de condições relacionadas à saúde fetal, mas para atender desejo paterno de complementação familiar, são: a) Estará correto o profissional realizar procedimentos médicos para atender desejos idiossincrásicos de qualquer casal, simplesmente pelo fato deste deter as condições financeiras para concretizá-los?; b) Pode-se considerar a aplicação do conhecimento científico como moralmente neutra?; c) É adequada a postura de neutralidade moral dos profissionais de saúde frente a tomadas de decisões que envolvam suas próprias ações profissionais?

Estes questionamentos levam a concluir que muito há que mudar no modelo atual de ensino para que se ofereça adequada educação em bioética para estudantes das profissões da área da saúde. É certo que não são simples alterações programáticas, mas, sim, mudanças paradigmáticas que envolvem a incorporação por professores e alunos de novas atitudes frente ao conhecimento e a transmissão de valores. Tarefa de grande complexidade, igualmente, é formar pessoal docente preparado para essa missão, já que pequena ou nula é nossa tradição acadêmica em capacitação transdisciplinar.

Conferência apresentada no VII Congresso Brasileiro de Bioética, São Paulo, setembro, 2007

Referências

1. Potter VR. Bioethics, bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.
2. _____. Bioethics, science of survival. Persp Biol Med 1970; 14:127-53.
3. Nietzsche F. A gaia ciência. São Paulo, Companhia de Letras, 2001.
4. Brecht B. Teatro completo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991. vol 6.
5. Entralgo PL. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
6. Morin E. A cabeça bem feita. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
7. Pascal B. Pensamentos. São Paulo: Martin Claret, 2003.
8. Troncon LE, Cianflone AR, Martin CC. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL. (orgs.) Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.
9. Gray RN. An analysis of physicians attitudes of cynicism and humanitarianism before and after entering medical practice. J Med Education 1955; 40:752-61.

10. Robinson J. Are we teaching students that patients don't matter? *J Med Ethics* 1985; 11:19-21.
11. Kottow M. Cambios de actitudes éticas a lo largo de los estudios de medicina. *Revista Médica de Chile* 1993; 121:379-84.
12. Bickel J. Medical students'professional ethics: defining the problems and development resources. *Acad Med* 1991; 66:724-6.
13. Lind G. Moral Regression in medical students and their learning environment. *Rev Educ Med* 2000; 24(3):24-33.
14. Rego S. A formação ética dos médicos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
15. Potter VR. Humility with responsibility, a bioethics for oncologists. *Cancer Research* 1975; 35:2297-306.
16. Meira AR. O ensino da ética em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Méd* 1994; 18(1): 7-10.
17. Gomes JC. O atual ensino da ética para profissionais de saúde. *Bioética* 1996; 13(1): 53-64.
18. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: experiência da Universidade Estadual de Londrina. *Bioética* 2002; 10(1): 85-95.
19. Culver C et al. Basic curricular goals in medical ethics. *New Engl J Med* 1985; 24:253-6.
20. Kohlberg L. *Essays on moral development: the psychology of moral development*. New York: Columbia University Press, 1989.
21. Siqueira JE. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli EMLP (orgs.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003.
22. Siqueira JE. *Universidade: uma ponte para o futuro*. In: Almeida M. *A universidade possível*. São Paulo: Cultura, 2001.
23. Andrade MC. *Josué de Castro e o Brasil*. São Paulo: Perseu Abramo, 2003.
24. Mac Intyre A. *The idea of an educated public: education and values*. London: University of London, 1990.
25. Marcuse H. *One dimensional man: study in the ideology of advanced industrial society*. Boston: Beacon, 1964.
26. Boelen C. Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action. *Med Educ* 1994; 28 (suppl 1):82-5.
27. Almeida M. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Eduel-Abem, 1999.
28. Random M. *O pensamento transdisciplinar e o real*. São Paulo: Triom, 2000.
29. Fiedler-Ferrara N. *Ciência, ética e solidariedade*. In: Carvalho EA, Almeida MC, Coelho NM, Fiedler-Ferrara N, Morin E. *Ética, solidariedade e complexidade*. São Paulo: Palas Athena, 1998.
30. *Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura*

Unesco. Projeto Cirt-Unesco 2002. Evolução Transdisciplinar da Universidade. Disponível em: www.wwiuma.org.br. Acesso em 10/08/2007.

31. Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VL. In: Macondes E, Gonçalves EL.(orgs.) Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998.

32. Batista HA, Silva SH. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

33. Camus M. A quem falar de urgência? In: Random, M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom, 2000.

34. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 1979.

35. Drane J. Preparación de un programa de bioética: consideraciones básicas para el Programa Regional de la OPS. Bioética 1995; 3(1): 7-18.

36. Siqueira JE. (org.) Ética, ciência e responsabilidade. São Paulo: Loyola, 2005.

37. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora UnB, 2004.

38. Conselho Federal de Medicina. CFM. Resolução CFM n.º 1.805/06 sobre a fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Bioética 2006; 13(2).

39. Gracia D. La enseñanza de la bioética. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Unidad de Bioética 2004 (Serie Publicaciones).

40. Platón. Apologia de Sócrates. Santiago de Chile: Universitária, 1995.

41. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho, 1998.

42. Farah F. Isto é Gente. Revista Isto É, n. º 202, 24-30, 16 de Junho de 2003.

Recebido: 17/8/2007

Aprovado: 15/10/2007