NELITA DE VECCHIO PUPLAKSIS

**Bioética, construção de conhecimento e e-learning: novos desafios ao
ensino da Bioética**

São Paulo

2011

NELITA DE VECCHIO PUPLAKSIS

Bioética, construção de conhecimento e e-learning: novos desafios ao ensino da Bioética

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Dalton Luíz de Paula Ramos

São Paulo

2011

Puplaksis NV. Bioética, construção de conhecimento e e-learning: novos desafios ao ensino da Bioética. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: 09/12 /2011

Banca Examinadora

Prof(a).Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

Prof(a).Dr(a)._____Instituição: _____

Julgamento: _____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Dalton Luíz de Paula Ramos, por ter ampliado minha visão de mundo, ter incentivado meu crescimento intelectual e, principalmente, por ter me reconhecido não como mais uma aluna de pós-graduação, mas como uma pessoa humana. Pelas oportunidades que me proporcionou de conhecer novos lugares e novas pessoas, as quais são exemplos de que há sentido em continuar seguindo nesse caminho mesmo quando as dificuldades parecem ser grandes e desafiadoras.

À Profa. Dra. Mary Caroline Skelton Macedo, pela colaboração no planejamento da metodologia, na avaliação dos resultados, na discussão deste trabalho e pelo grande incentivo desde o início.

À Profa. Dra. Ana Sofia Carvalho, por ter sido minha co-orientadora estrangeira e ter possibilitado tantas oportunidades enriquecedoras durante meu Estágio de Doutorado no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (Porto).

À Joana Araújo e Mônica Carvalho, por terem acompanhando-me todos os dias enquanto estive em Porto, auxiliando-me no desenvolvimento do meu trabalho e tornando-se queridas amigas.

Ao Prof. Nilson José Machado, por ter despertado meu interesse pela Epistemologia e contribuído, indiretamente, com a base teórica de parte deste trabalho.

Ao Renato Matos Petkevicius, pela programação do material didático eletrônico, sem o qual este trabalho não seria possível, e pelo apoio, incentivo e carinho durante todo o meu percurso.

À equipe da Teleodontologia, principalmente ao Leandro Augusto Costa, por ter ajudado com questões referentes ao manejo da Plataforma Moodle.

Aos queridos amigos Mônica Magalhães Pereira da Silva, Nelson Sakaguti, Cilene Rennó Junqueira, Renata Nobile, Elaine Gomes dos Reis Alves, Elaine Cristina Camillo da Silva que estiveram presentes durante todo o meu curso de pós-graduação e que sempre me ajudaram nos mais diversos aspectos.

À Andréia dos Santos Teixeira, Sonia Castro Lucia Lopes e Maria Laura de Toledo por toda ajuda nos assuntos burocráticos.

Aos alunos da turma 111(curso diurno) e da turma 114 (curso noturno) pela colaboração no desenvolvimento desta pesquisa.

À CAPES, pela concessão da bolsa de Estágio PDEE de Doutorado no Exterior, que permitiu a incrível oportunidade de estagiar no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa , na cidade de Porto (Portugal).

RESUMO

Puplaksis NV. Bioética, construção de conhecimento e e-learning: novos desafios ao ensino da Bioética [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

A disciplina de Bioética é oferecida aos alunos de graduação da FOUSP no primeiro semestre do primeiro ano. De certo, a reflexão sobre dilemas éticos não termina com o fim da disciplina de Bioética, então, na tentativa de auxiliar o aluno na reflexão de dilemas a que venha enfrentar após ter cursado a disciplina de Bioética, planejou-se o desenvolvimento de um material didático, sem custos para os alunos, de fácil acesso, para que o aluno pudesse re-encontrar o conteúdo estudado na disciplina de Bioética durante todo o período de sua graduação. Atualmente, o uso da informática, de suas novas ferramentas eletrônicas e a diminuição do custo para a aquisição de computadores têm favorecido o desenvolvimento de ambientes virtuais de aprendizagem na área da educação. Assim, o objetivo principal deste trabalho foi desenvolver um conteúdo para o material didático eletrônico de Bioética, de modo que possa ser utilizado como material de apoio no processo de ensino-aprendizagem pelos alunos de graduação da FOUSP. Os textos elaborados sobre cada tema apresentado aos alunos foram formatados em páginas eletrônicas utilizando os programas FlashPageFlip e Photoshop CS4. O material produzido foi disponibilizado aos alunos em uma plataforma de ensino chamada Moodle. Como as informações sobre cada tema não se esgotam no texto elaborado para este material de estudos de apoio, ao final do texto de cada tema, há indicações de outras referências – livros, sites, artigos, jornais, filmes. Essas indicações permitem que o aluno amplie o mapa de conhecimento, inicialmente delineado pelo professor, de acordo com sua necessidade pessoal. Buscou-se, em cada tema, apresentar uma contextualização do assunto - com informações sobre dados estatísticos, situação no Brasil e no mundo, contexto social e histórico, etc - identificar as principais questões éticas envolvidas e os diferentes argumentos, os valores envolvidos e os possíveis conflitos entre eles. Para uma primeira avaliação, foi

utilizado um questionário semi-estruturado com perguntas fechadas e perguntas abertas. Foram convidados 140 alunos convidados para participar da pesquisa e 62,85% responderam ao questionário. Os resultados foram avaliados por cálculo de estatística simples e as perguntas abertas serviram para receber sugestões dos usuários para possíveis melhorias futuras. Concluimos que mesmo com todas as vantagens que os recursos virtuais podem oferecer ao ensino da Bioética, tais recursos ainda não são capazes de substituir o principal elemento do ensino: as vivências com o outro. Estas só poderão ser transformadas em experiências humanas quando lhes atribuirmos um significado baseado em juízos de valores. O material de estudos de apoio eletrônico produzido foi tido como satisfatório pelos alunos/usuários enquanto auxílio nos estudos de temáticas bioéticas. Dentre as sugestões de melhorias estão a possibilidade de maior interações entre professor e aluno propiciadas por essas redes.

Palavras-chave: Bioética. Ensino. Odontologia. Informática.

ABSTRACT

Puplaksis NV. Bioethics, knowledge construction and e-learning: new challenges to the Bioethics teaching [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011.

The Bioethics discipline is offered to the undergraduates of FOUSP in the first semester of the first term. Certainly, the reflexion about ethical dilemmas does not finish with the end of the Bioethics discipline, so, in the attempt of helping the student in the reflexion about dilemmas that may come to be faced after having attended to the Bioethics discipline, it was planned the development of a didactic material, with no cost to the students, of easy access. So that the student could review the content studied in the Bioethics discipline during the whole period of the undergraduation course. At the present time, the use of computing, of its new electronic tools and the decrease in the cost for the acquisition computers have being favoring the development of virtual learning environments in the education area. Therefore, the main objective of this paper was to develop some content for the electronic didactic material of Bioethics, in order to be used as a support material in the teaching-learning process by the undergraduate students of FOUSP. The texts elaborated about each theme presented to the students were formatted in electronic pages using the programs FlashPageFlip and Photoshop CS4. The material produced was made available to the students in the platform Moodle. As the information about each theme does not become exhausted in the text elaborated for this support study material, at end of the text of each theme there are indications of other references. These indications allow the student to increase the knowledge map initially outlined by the teacher according to his/her necessity. It was sought to contextualize each subject, identify the main ethical issues involved and the different arguments, the values involved and the possible conflicts among them. A semi-structured questionnaire was used in the first evaluation. 140 students were invited to participate of the research and 62.85% answered to the questionnaire. The results were evaluated through a simple statistical

calculation and the open questions were used to receive suggestions from the users for possible future improvements. We concluded that even with all the advantages that the virtual resources can offer to the teaching of Bioethics, such resources are still not capable of substituting the main element of the teaching, the experience with the other. The experiences will only be able to be transformed in human experiences when we attribute them a meaning based on value judgments. The material produced was considered satisfactory by the students in the support in the studies of bioethics themes. Among the suggestions of improvement is the possibility of a higher interaction between the teacher and the student enabled by the networks.

Keywords: Bioethics. Teaching. Dentistry. Computers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMM	Associação Médica Mundial
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD-Rom	Compact Disc Read-Only Memory
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COE	Conselho da Europa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FCT	Fundação para a Ciência e a Tecnologia
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IB	Instituto de Bioética
ISI	Inter-Services Intelligence
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
Medline	Literature Analysis and Retrieval System Online
Moodle	Modular Object Oriented Distance LEarnig
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
USP	Universidade de São Paulo

UTI

Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Moral, Ética e Bioética	19
2.2 Ensino de Valores: educar e não doutrinar	20
2.3 A Falta de um Fundamento: relativismo e universalismo dogmático	23
2.4 Porque Ensinar Bioética	26
2.5 Porque Desenvolver um Material de Apoio ao Estudo de Bioética para os Alunos da Graduação	30
2.6 O Uso da Informática como Ferramenta Auxiliar no Ensino Tradicional	31
2.6.1 O uso da informática no ensino odontológico.....	33
2.7 Concepções de Conhecimento e suas Influências nas Ações Docentes	37
2.7.1 Qual imagem de conhecimento é a mais adequada para o ensino de Bioética?.....	40
2.7.2 Os papéis do professor	42
2.7.2.1 professor como cartógrafos de relevâncias e tecelão de significações	43
2.7.2.2 professor como mediador de relações e contador de histórias	44
2.7.3 A relação professor/aluno.....	46
3 PROPOSIÇÃO	48
4 MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1 Planejamento da Elaboração do Material de Estudos Eletrônico	49
4.2 Desenvolvimento do Material de Estudos Eletrônico	54
4.3 Avaliação do Material de Estudos Eletrônico Produzido.....	55
5 RESULTADOS.....	57
5.1 O Material de Estudos Eletrônico	57
5.1.1 Breve histórico da bioética	66
5.1.1.1 referencial acadêmico	66
5.1.1.2 texto em linguagem didática.....	70
5.1.2 Modelos de bioética.....	75
5.1.2.1 referencial acadêmico	75
5.1.2.1.1 modelo <i>principalista</i>	75

5.1.2.1.2 <i>modelo personalista</i>	77
5.1.2.2 texto em linguagem didática	77
5.1.3 Um fundamento para a bioética	83
5.1.3.1 referencial acadêmico	83
5.1.3.1.1 <i>quando o fundamento baseia-se no individualismo</i>	83
5.1.3.1.2 <i>quando o fundamento baseia-se no hedonismo</i>	84
5.1.3.1.3 <i>quando o fundamento baseia-se no utilitarismo</i>	85
5.1.3.1.4 <i>quando o fundamento é a pessoa humana</i>	86
5.1.3.1.5 <i>a experiência elementar</i>	87
5.1.3.1.6 <i>o fundamento e os princípios bioéticos</i>	90
5.1.3.2 texto em linguagem didática	91
5.1.4 Experimentação com seres humanos	101
5.1.4.1 referencial acadêmico	101
5.1.4.1.1 <i>protocolo de pesquisa</i>	106
5.1.4.1.2 <i>pesquisas com material biológico ou informações de seres humanos</i>	107
5.1.4.1.3 <i>riscos e benefícios</i>	108
5.1.4.2 texto em linguagem didática	110
5.1.5 Consentimento	123
5.1.5.1 referencial acadêmico	123
5.1.5.1.1 <i>o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</i>	124
5.1.5.1.2 <i>grupos vulneráveis</i>	125
5.1.5.1.3 <i>consentimento na assistência à saúde</i>	129
5.1.5.2 texto em linguagem didática	130
5.1.6 Humanização	145
5.1.6.1 referencial acadêmico	145
5.1.6.2 texto em linguagem didática	148
5.1.7 Saúde Pública	154
5.1.7.1 referencial acadêmico	154
5.1.7.1.1 <i>justiça e equidade: alocação de recursos</i>	155
5.1.7.1.2 <i>autonomia individual X interesses da coletividade</i>	157
5.1.7.2 texto em linguagem didática	158
5.1.8 Início de vida	165
5.1.8.1 referencial acadêmico	165
5.1.8.2 texto em linguagem didática	168

5.1.9 Aborto.....	173
5.1.9.1 referencial acadêmico	173
5.1.9.1.1 gravidez indesejada.....	173
5.1.9.1.2 estatísticas	174
5.1.9.1.3 o que dizem as leis brasileiras sobre o aborto.....	177
5.1.9.1.4 a questão ética	178
5.1.9.2 texto em linguagem didática.....	179
5.1.10 Reprodução assistida.....	190
5.1.10.1 referencial acadêmico	190
5.1.10.1.1 as questões éticas envolvidas.....	191
5.1.10.2 texto em linguagem didática.....	194
5.1.11 Células-tronco	201
5.1.11.1 referencial acadêmico	201
5.1.11.1.1 a questão ética	202
5.1.11.2 texto em linguagem didática.....	204
5.1.12 Eutanásia	210
5.1.12.1 referencial acadêmico	210
5.1.12.1.1 motivos que levam ao pedido pela eutanásia.....	213
5.1.12.1.2 a realização do pedido	214
5.1.12.1.3 possível solução.....	216
5.1.12.2 texto em linguagem didática.....	217
5.2 Avaliação do Material de Estudos Eletrônico Realizada pelos Alunos ..	230
6 DISCUSSÃO	236
6.1 O Material de Estudos Eletrônico	236
6.2 Informática e Odontologia: os resultados das avaliações feitas pelos alunos.....	240
7 CONCLUSÕES	247
REFERÊNCIAS.....	249
APÊNDICES	258
ANEXO	262

1 INTRODUÇÃO

Durante meu período de graduação, sempre senti identificação com aqueles professores que, além de falarem sobre técnicas odontológicas, contavam casos vividos. Não casos clínicos em si, mas histórias com gente dentro, com significados. Como a disciplina de Bioética só foi incluída no currículo da Faculdade de Odontologia da FOUSP em 2004, minha turma não passou por essa disciplina. Nas aulas sobre relação profissional-paciente, via a sala esvaziar-se de alunos. Eu não entendia porque meus colegas de turma não ficavam em aulas que não tratavam de técnicas e procedimentos. Achava que pudesse ser por causa do professor, ou por causa do assunto, ou por ambos. Lembro que alguns colegas diziam que ética era questão de bom senso e que aprenderíamos a lidar com os pacientes na prática e não na sala de aula.

Ao chegarmos aos atendimentos odontológicos no ambulatório da Faculdade, muitos problemas de relacionamentos interpessoais foram surgindo, sejam entre alunos e pacientes, alunos e professores, professores e pacientes. O que eu ouvia sobre ética nas relações aluno/paciente/professor/instituição não era exatamente o que acontecia na realidade. Quando tinha dúvidas sobre uma decisão a tomar, não sabia se seguia as “regras” ou se seguia meu coração, o que me deixava muito insegura.

Em 2004, assisti às primeiras aulas da disciplina de Bioética, convidada pelo Prof. Dalton Ramos, no período noturno porque ainda cursava meu último ano de graduação. Em 2005, formei-me e fui trabalhar como clínica geral em um consultório localizado na periferia da cidade. Lá, comecei a atender os pacientes como havia aprendido e como eu achava certo, tanto os procedimentos clínicos quanto a relação profissional/paciente (pessoa). Logo nos primeiros meses, o dono do consultório (também dentista), começou a chamar minha atenção sobre a minha produção, pois eu deveria executar mais procedimentos na mesma sessão. Por mais rápida que eu tentasse ser, precisava explicar ao paciente o que iríamos fazer, precisava esperar o anestésico fazer efeito, precisava executar o procedimento com atenção, tirar radiografias, explicar ao paciente os cuidados que ele deveria seguir etc. A cada mês, minha atenção era chamada por algum motivo e restringiam cada vez mais a

quantidade de materiais com os quais eu trabalhava. As explicações eram de que os convênios pagavam pouco e minha produção estava dando prejuízo ao consultório. Até que um dia, o dono do consultório resolveu ensinar-me um modo de “simular” procedimentos odontológicos (como restaurações) por meio de radiografias para que o convênio pagasse por um tratamento que, na verdade, não foi realizado no paciente. Junto com esse “ensinamento”, ouvi todo um discurso de que a realidade era assim mesmo, de que eu enxergava tudo preto e branco, mas que, na verdade, a realidade possuía vários “tons de cinza”.

O que fazer? Sentia indignação pelos preços baixíssimos que os convênios pagavam pelos procedimentos; sentia indignação por trabalhar em condições tão precárias; tinha dificuldade em conseguir um emprego que oferecesse condições melhores; sentia frustração pela realidade que encontrei. Não era esse o respeito que eu imaginava receber como profissional e não era esse o respeito que eu achava que deveria ter pelos pacientes, que não tinham culpa nenhuma dos problemas administrativos do consultório. Fui procurar minhas respostas na Bioética.

Em 2005, participei da disciplina de Bioética da FOU SP como Estagiária de Investigação e continuei trabalhando naquele consultório, mas sem deixar aquele contexto dominar minhas decisões: passei a atender apenas casos de tratamento de endodontia, procedimento impossível de ser simulado por qualquer meio. Mesmo ainda recebendo críticas de que continuava “lenta” e conselhos para não “caprichar” tanto, sentia-me mais em paz quando tratava os pacientes como eu achava correto, como eu ouvia nas aulas de Bioética.

A disciplina apresentava realidades e vivências que correspondiam ao que eu entendia por verdade, ao que eu entendia como necessários para ser feliz. Foi, então, que me interessei em aprofundar-me nos assuntos bioéticos e a fazer parte da equipe da disciplina de Bioética. Em 2006, fui aprovada para o Mestrado em Ciências Odontológicas com área de concentração em Odontologia Social. Também, nesse período, iniciei um curso de especialização em endodontia (lato sensu), o que permitiu que melhores oportunidades de emprego surgissem para mim e pude, com muito alívio, deixar de trabalhar naquele consultório.

Minha necessidade de dar continuidade aos estudos após a graduação, tanto para aperfeiçoar-me tecnicamente como para responder a angústias da realidade, e minha admiração pela área da Educação fizeram-me seguir pelo caminho do ensino da Bioética durante o Mestrado. Nesse momento, estudei o

ensino de ética/bioética nos cursos de odontologia, a influência do currículo oculto e do professor como autoridade a ser seguida. Concluí que o ensino da Bioética, sendo em forma de disciplina ou como conteúdo transversal, promove o desenvolvimento de princípios universais que orientam o crescimento tecnológico, a pesquisa científica e a resolução de conflitos morais, colaborando assim para a transformação da sociedade para que ela se torne mais justa.

Nesse período, a FOUSP iniciava um processo de reestruturação curricular, o qual visa uma formação integral do aluno, com ênfase na aquisição de uma formação científica sólida pautada em princípios éticos e na formação humanística. Também é chamada a atenção para o enfoque unificador do ensino, já que “a supremacia do conhecimento fragmentado de acordo com as disciplinas impede freqüentemente de operar o vínculo entre as partes e a totalidade.”

Essa busca por uma formação integral do aluno tornou-se uma ótima oportunidade para a inserção da discussão bioética, seja de forma pontual ou de forma transversal. No entanto, sabemos que anos de comportamentos e atitudes não mudam de um dia para o outro e que todo movimento de mudança provoca animosidade em quem está confortável em seu comodismo. Por isso, mesmo iniciada a implantação da reestruturação curricular, as mudanças ainda encontram resistência.

Quando se diz que a formação moral e ética dos alunos também é responsabilidade da escola - além das próprias da família - não significa que essa responsabilidade da escola seja exclusivamente atribuída aos docentes envolvidos diretamente com o ensino da ética/bioética porque todos os docentes contribuem nesse campo, intencionalmente ou não. Cada atitude tomada por um professor, qualquer que seja sua disciplina, é carregada de significados que podem ser aprendidos pelos alunos: o modo de envolvimento com dilemas éticos é exemplo de situações que possuem conteúdo a ser transmitido pelo professor, mesmo que ele não se dê conta disso.

O que os alunos aprendem provém não apenas do conteúdo do currículo formal, mas também do modo individual e coletivo de como a realidade é tratada na instituição, como se dão as relações interpessoais (alunos, professores, pacientes, funcionários, instituição) e se há reflexão a respeito dos valores envolvidos no cotidiano. Por isso, a simples inserção de uma disciplina de ética/bioética não

garante uma formação moral adequada se toda a instituição e corpo docente não estiverem em harmonia com o quadro de valores assumido.

Então, na tentativa de buscar uma formação ética melhor ordenada, tentei pensar em uma forma de poder ajudar os alunos durante seu percurso pela graduação, buscando um contato mais longo do aluno com a Bioética.

Em 2010, durante quatro meses, realizei um Estágio de Doutorado PDEE – financiado pela CAPES – no Instituto de Bioética (IB) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), na cidade de Porto (Portugal). Minha tutora estrangeira, Profa. Dra. Ana Sofia Carvalho – diretora do IB – inseriu-me em sua equipe e pude aprender muito com todos os seus integrantes. A convivência com Joana Araújo, Mônica Carvalho, António Jácomo, Susana Magalhães, Prof. Dr. Walter Ossvald, Prof. Dr. Daniel Serrão e Profa. Dra. Ana Sofia Carvalho, contribuiu para meu enriquecimento pessoal e acadêmico. Esta equipe portuguesa acumula vasta experiência em metodologias de ensino da Bioética, tanto no ensino superior quanto no ensino médio. Muito deste ganho acadêmico faz-se refletir no planejamento de desenvolvimento deste trabalho. Além disso, a experiência pessoal de um estágio em uma renomada Instituição de Ensino europeia propiciou-me conhecer um pouco da cultura português-europeia e conhecer um povo protagonista da própria história, que se interessa pelo bem comum.

Se não é possível acompanhar pessoalmente todos os alunos durante todos os semestres, será que um material de estudos de apoio seria capaz ajudar aos alunos em relação à Bioética? Qual seria o melhor formato para esse material de estudos? O meio eletrônico seria adequado para o ensino em Bioética? Que conteúdo seria necessário para compor esse material de estudos de apoio? Como garantir que o processo de aprendizado mantenha-se de forma significativa para os alunos?

Estas foram as perguntas de partida que se colocaram para mim e que motivaram o planejamento deste trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Moral, Ética e Bioética

Os termos *moral*, *ética* e *bioética* são facilmente confundidos entre si e empregados erroneamente com muita frequência.

De acordo com Chauí (1997), a moral corresponde ao conjunto de valores instituídos por uma cultura ou sociedade e válidos para todos os seus membros. Esses valores referem-se à condução correta das ações, ao que é o bem e mal, ao que é aceito e o que não é aceito (permitido). No entanto, a existência de um código moral não garante a co-existência de uma ética, ou seja, de uma reflexão sobre os significados morais.

Por ser uma parte do saber filosófico, a ética é construída com rigor conceitual e metodológico, utilizando como objeto de estudo as diferentes morais, e tem a finalidade de indicar, racionalmente, qual concepção de moral é a mais razoável para orientar nossas decisões e ações (Cortina; Martinez, 2005). A ética, então, corresponde à reflexão crítica sobre os valores morais (Gomes; Moura; Amorim, 2006).

Gomes, Moura e Amorim (2006, p. 57) explicam a moral da seguinte forma:

No âmbito filosófico, a moral é o sistema de normas, princípios e valores que orientam o comportamento das pessoas nas diversas sociedades; e a ética é compreendida como a reflexão crítica sobre a moral, guardando estreita articulação com esta, no terreno dos valores ou das virtudes, presentes no pensamento reflexivo e nas ações cotidianas. Nesse sentido, o senso e a consciência moral dizem respeito aos valores, aos sentimentos, às intenções, decisões e ações referidas ao bem, ao mal e ao desejo de felicidade; dizem respeito às relações que mantemos com os outros e, portanto, nascem e existem como parte de nossa vida intersubjetiva.

Tanto a moral quanto a ética pretende orientar o homem em suas ações, mas há uma sutil diferença: enquanto a moral pergunta “o que devemos fazer?”, a ética pergunta “por que devemos fazer?” (Cortina; Martinez, 2005). Dessa forma, temos que a ética preocupa-se com as justificativas razoáveis das condutas morais.

O termo *Bioética* foi usado pela primeira vez por Van Rensselaer Potter, em 1970. Essa nova reflexão nasceu da necessidade advinda do crescimento científico-tecnológico desvinculado dos valores éticos, de um conhecimento com potencial tanto para favorecer a sobrevivência do homem quanto para causar sua destruição (Sgreccia, 1996). A Bioética é um estudo interdisciplinar que se ocupa da reflexão da aplicação da ciência e da tecnologia na saúde, no desenvolvimento da sociedade e no meio ambiente (Lucato; Ramos, 2009). Os avanços tecnológicos trouxeram questionamentos éticos que a ciência sozinha não consegue responder e é nesse momento em que a Bioética entra para ajudar a encontrar os princípios éticos que guiam a conduta humana no campo das ciências (Lucato; Ramos, 2009). Explicações mais detalhadas sobre a Bioética serão realizadas no decorrer deste estudo.

2.2 Ensino de Valores: educar e não doutrinar

O reconhecimento da importância da ética ainda não é claro e evidente para todos porque, durante muito tempo, os seus estudiosos não se preocupavam em ser entendidos por aqueles que não estudavam filosofia. Então, a maioria das pessoas não vê a aplicação da ética na vida cotidiana e, talvez por isso, não se interessam por ela (Cortina, 2003).

Nosso cotidiano é repleto de momentos em que temos que fazer uma escolha e, para não causarmos nosso próprio sofrimento (não exclusivamente individual, mas em relação à humanidade), precisamos buscar referenciais para que justifiquem tal escolha. Sendo assim, a ética é inevitável (Cortina, 2003).

Os pais, conhecendo ou não sua responsabilidade, são os primeiros a exercer a função educativa na vida de seus filhos, mostrando-lhes um modo de conceber a realidade, de formar um critério de juízo sobre esta, de agir diante diferentes situações. A escola, então, tem a função de dar continuidade ao desenvolvimento da educação iniciada pela família (Giussani, 1998).

Nossa insistência é sobre a *educação crítica*: o jovem recebe o passado através de uma vivência no presente em que embate, que lhe propõe esse passado e lhe dá razões; mas ele deve tomar este passado e estas razões, pô-los diante dos olhos, compará-los com o

próprio coração e dizer: 'é verdade', 'não é verdade', 'duvido'. E assim, com a ajuda de uma companhia (sem essa companhia o homem está demasiado à mercê das tempestades do seu coração, no sentido negativo e instintivo do termo), pode dizer: 'Sim' ou 'Não'. Agindo deste modo adquire a sua fisionomia de homem (Giussani, 1998, p. 16).

“[...] se a educação não tematizar a barbárie, ela poderá favorecê-la indiretamente [...], é fundamental que [...] a educação seja transparente em sua finalidade humana, o que significa assumir uma postura moral.” (Goergen, 2007, p. 754). Mesmo que queiram negar a ocupação da escola na formação moral dos alunos, é impossível evitar a presença de ideais, imagens de mundo, valores e normas no contexto escolar (Goergen, 2007; Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008).

Já que não é possível evitar a influência da escola sobre a formação moral dos alunos, o ideal é que isso seja discutido e orientado para a formação integral do aluno, caso contrário, essa influência ocorrerá por meio inconsciente e desordenado através do chamado currículo oculto (Goergen, 2007).

Então, na tentativa de evitar o ensino desordenado, pode-se pensar no desenvolvimento de um projeto de educação em valores. Mas, é preciso atentar para a facilidade de este ensino percorrer um caminho doutrinador.

O ensino doutrinário significa impor aos alunos valores morais acabados, promovendo a aceitação desses valores pelo temor a uma autoridade; quando os alunos não são mais controlados por essa autoridade, os valores impostos enfraquecem-se e deixam de ser aceitos com tal (Menin, 2002). Os pensamentos divergentes e o diálogo são eliminados ao submeter os alunos a apenas uma forma de pensar e agir. Ao utilizar um método de fornecer respostas fechadas (moral fechada), o ensino doutrinário pretende que os alunos mantenham-se fechados a novas idéias (Silva PF, 2008).

A imposição de valores aos alunos pode gerar uma mudança de postura moral hipócrita, realizada apenas na frente do professor. Isso ocorre não porque o professor não foi capaz de explicar os porquês de cada valor ético, a importância de cada um deles, mas porque o aluno não os incorpora apenas pelo seu lado racional. É preciso provocar o aluno a **querer** fazer algo ao invés de fazer por fazer (Correa, 2008). Além disso, é fundamental que o aluno participe ativamente de sua formação como profissional da área da saúde, questionando-se, de forma autônoma, seus próprios comportamentos e valores (Correa, 2008).

Pode-se dizer que o objetivo da educação moral é oposto ao ensino doutrinário. Não são transmitidos valores acabados, o aluno é incentivado a pensar por si mesmo, a decidir usando sua autonomia e a estar aberto a novos conceitos e pensamentos.

Então, se não somos doutrinados a ter determinado quadro de valores, o que nos obriga a sermos bons?

[...] é a ética que nos permite buscar critérios para definirmos o que é ser bom, correto ou moralmente certo e que nos fornece explicações para o nosso senso de dever moral. A essa questão – o que me obriga a ser bom –, podem ser dadas respostas diferentes, ancoradas em diversas posições filosóficas ou ideológicas; e é quando respondemos que encontramos valores morais. (Menin, 2002, p. 93).

Quando o aluno nos pergunta por que deve seguir determinada conduta, podemos responder por causa do Bem, de acordo com os gregos, que acreditavam no destino natural do homem para o Bem; ou responder por causa de Deus, de acordo com os cristãos; ou por causa da razoabilidade, de acordo com os modernos; ou por causa das circunstâncias e do contexto, segundo os pós-modernos. As respostas são diversas, mas a resposta do porquê “devo” ou “não devo” está relacionada com a sobrevivência do homem ou à sua felicidade (Goergen, 2007).

Fornazieri (2005, p. 47) faz a seguinte colocação:

Mas de onde partir para que o imprescindível reconhecimento dos valores existenciais não seja um discurso artificial e externo ao homem? Creio que só haja uma possibilidade para tal ensino não seja ideológico: apostar, seriamente, que o homem possui uma estrutura tal que o torna capaz de deparar-se com suas situações humanas mais peculiares ou amplas e delas depreender um significado verdadeiro. Sem essa premissa, qualquer ensino preocupado com valores tornar-se-á, invariavelmente, moralista porque partirá de uma ‘carta moral’, ou seja, de um conjunto de leis acordadas por um grupo cujo descumprimento poderá resultar em sanções.

O progresso do desenvolvimento individual baseia-se em julgamentos, fundamentos, princípios e interesses individuais. O meio em que vive o indivíduo proporciona-lhe oportunidades para analisar, julgar, conferir valor a um determinado fato ou objeto e, para então, tomar decisões. Então, as condições de interações entre o indivíduo e o meio social são fundamentais para o desenvolvimento

individual, o que torna inevitável a responsabilidade do sistema educacional em desenvolver nos alunos os aspectos morais e éticos, além dos técnicos. Embora as diretrizes curriculares brasileiras determinem essa atribuição às instituições de ensino, a formação moral vem sendo tratada como uma decorrência natural da formação técnica (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008).

2.3 A Falta de um Fundamento: relativismo e universalismo dogmático

Há milênios, o homem busca conhecer o conceito de realidade que satisfaça todos os campos do estudo para, então, encontrar a verdade a respeito de si. Quanto mais perto o homem chegasse dessa verdade, mais perto estaria do sentido da sua existência (Fornazieri, 2005).

Na idade média, a concepção que o homem tinha de si e do mundo era fundamentada no divino. A vontade de libertar-se desse pensamento e de conhecer a realidade por si mesmo foi o que impulsionou o surgimento dos tempos modernos (Brandão, 2005). Com a chegada do Humanismo, no século XIV, o homem distancia-se de Deus e torna-se dono de si, de sua razão ao descobrir que consegue dominar a natureza; fica deslumbrado com sua capacidade de desenvolvimento, principalmente na área científica. O que não poderia ser explicado empiricamente era desconsiderado pelo racionalismo moderno, como aconteceu com o nível profundo e misterioso da realidade (Brandão, 2005; Fornazieri, 2005).

No entanto, o homem não estava preparado para assumir as responsabilidades trazidas pelo crescimento de seu conhecimento. Ele precisava de parâmetros para orientar suas ações no mundo (Brandão, 2005; Fornazieri, 2005).

Com uma nova ciência que se fundamenta no indivíduo, a nova concepção de conhecimento é a de que o pensamento e a racionalidade são a essência para o progresso e construção do conhecimento, sendo o Discurso do Método, de Descartes, um famoso exemplo dessa forma de pensar (Brandão, 1995). A consequência desse pensamento racionalista foi o distanciamento entre o indivíduo e o real. O distanciamento entre razão e experiência humana gera, dentre outras coisas, fragilidade para o posicionamento e discernimento de valores. Então, viu-se

que, para conhecer a realidade, apenas as certezas vindas do indivíduo pensante não eram suficientes (Brandão, 1995; Brandão, 2005).

A imagem que o homem criou de si na idade moderna continua até hoje. Ser ousado, criador, dono de sua existência e livre para desenvolver qualquer conhecimento (Brandão, 2005). As características do homem no humanismo são perceptíveis no homem contemporâneo, entre elas estão (Fornazieri, 2005):

- A presença da antiga tríade Prazer-Riqueza-Poder, que faz parte da vida do homem há muitos séculos, mas, hoje, assumiu uma importância desproporcional, fazendo com que o essencial seja dominado pelo supérfluo;
- A vida precisa ser um prazer contínuo e o sofrimento deve ser evitado e afastado a qualquer custo;
- A presença marcante da tecnologia;
- A dificuldade em se ater a uma convicção segura;
- As normas éticas são afetadas pela exacerbação da subjetividade e do relativismo.

A relação interpessoal do homem contemporâneo é caracterizada por uma despersonalização do outro, neutralizando os relacionamentos e vendo o outro como objeto de observação. Para Brandão (2005, p. 137),

[...] por isso, mantido distante, sem que haja interesse ou compromisso para conhecê-lo e tratá-lo como pessoa. Em situações comuns da vida social o mero cliente, consumidor ou o profissional é tratado e, por sua vez, trata o outro como aquilo, um objeto de análise realizada a partir de determinados interesses.

A sociedade pós-moderna acomodou-se à situação de não possuir mais valores éticos universais que orientavam o comportamento das pessoas e, como consequência, ocorre a perda da busca por uma sociedade melhor e mais justa (Goergen, 2005). No momento atual, há o predomínio do relativismo exacerbado: o valor é relativo de pessoa para pessoa e relativo ao momento vivido por elas. Quase não há interesse em se falar em valor (Brandão, 2005).

Quando ocorre uma crise de valores, as decisões passam a ser baseadas em uma concepção relativista radical, ganhando força a subjetividade. Sendo o valor algo não estático, o processo educativo pode fornecer ferramentas necessárias para cada aluno iniciar seu próprio processo de valoração, estimulando a reflexão sobre

atitudes, sentimentos e comportamentos (pessoais ou não) (Goergen, 2005). Uma crise na educação caracteriza-se por ausência de valores ou uma mudança radical dos mesmos e não por carência de recursos ou de competência técnica em determinados âmbitos (Machado, 2002).

Cortina e Martinez (2005) dizem que o relativismo radical é humanamente insustentável, pois ninguém acredita realmente nele. Quem acredita ser intolerável o sofrimento humano, a destruição da vida, a degradação física e moral do ser humano, não os consideram incabíveis apenas para a sua sociedade, mas para todas as outras também.

Um pensamento oposto do relativismo, tão radical quanto, é o universalismo, que prega a existência de conteúdos inquestionáveis e indiscutíveis, válidos para qualquer um e a qualquer tempo (Silva PF, 2008). Cria-se um contexto dogmático, com ausência do diálogo - por julgar-se desnecessário -, tão prejudicial quanto o relativismo.

Partindo-se de uma concepção dogmática de valores, o ensino terá como objetivo principal a transmissão de regras, normas e valores ignorando-se o diálogo com o aluno, utilizando-se de meios autoritários de ensino, indo do convencimento até as coações (Puig, 1988).

A imposição doutrinária de valores acabados aos alunos gera uma aceitação desses valores pelo medo a uma autoridade (professor, diretor) que, quando não está mais presente, tem seu controle reduzido e os valores passam a não ser mais assumidos. Por outro lado, uma posição relativista sobre valores leva a escola a não ter um quadro de referência, onde cada professor transmite aquilo que lhe parece correto; pode-se encontrar um professor estimulando a competição, como ocorre no mercado capitalista, e outro incentivando a solidariedade. Valores e contra-valores coexistem numa mesma escola quando o relativismo predomina na educação (Menin, 2002).

Se a imposição de valores e a relativização são inadequadas na educação, como deveria ser o ensino da ética?

A forma mais adequada de ensinar valores morais é por meio consciente e consentido pelos alunos e, dessa forma, Menin (2002, p. 97) afirma que:

[...] se quisermos formar alunos como pessoas capazes de refletir sobre os valores existentes, capazes de fazer opções por valores que tornem a vida social mais justa e feliz para a maioria das pessoas, capazes de serem críticos em relação aos contra-valores, então é preciso que a escola crie situações em que essas escolhas, reflexões e críticas sejam solicitadas e possíveis de serem realizadas. É como se, em moral, meios e fins fossem iguais: não se ensina cooperação, não se ensina justiça, sem a reflexão sobre modos equilibrados de se resolverem conflitos; não se ensina tolerância sem a prática do diálogo.

Quando os valores estão fundamentados na dignidade da pessoa humana, poderemos ter valores universais, inegociáveis, como a liberdade, a justiça, a vida, a solidariedade, a tolerância (Cortina; Martinez, 2005).

“[...] diria que a educação moral se baseia, em termos de procedimento, no diálogo e na argumentação, e, em termos de objetivos, na formação do sujeito moral crítico, autônomo e livre, cujas principais virtudes devem ser a responsabilidade e a justiça.” (Goergen, 2007, p.754).

Tomamos nossas decisões baseados no entendimento que temos sobre a realidade. Para que esse entendimento seja consciente e pleno, precisamos ter uma postura realista, ou seja, devemos considerar todos os elementos que compõem a realidade. Assim, temos que verificar em que contexto cultural e social estamos mergulhados para discernir se estamos ou não contagiados pelas idéias que nos cercam nesse contexto (Ramos; Junqueira, 2007).

2.4 Porque Ensinar Bioética

Os estudos dos códigos morais e/ou de normas de conduta não são suficientes para orientar o homem em todas as suas decisões e ações. Isso porque a existência de um código moral não garante a co-existência de uma ética, ou seja, de uma reflexão crítica sobre os valores envolvidos e sobre as justificativas razoáveis das condutas escolhidas (Chauí, 1997; Cortina; Martinez, 2005; Gomes; Moura; Amorim, 2006).

O aluno (pessoa) sofre influência de tudo que compõe seu exterior: posicionamentos religiosos, ideologias, imagens de violência, de desonestidade

política, de erotismo, de materialismo, sedução de desejos de felicidade condicionados pelas necessidades do mercado, consumo e do lucro (Goergen, 2007). E um dos maiores e mais poderosos mecanismo de influência é a mídia, que possui habilidades lingüísticas, tecnológicas e outras para comover e seduzir o telespectador a não apenas comprar algum produto, mas a moldar seu modo de pensar, sentir e agir, influenciando a formação de pessoas autônomas ao tentar manipular suas capacidades de julgamento de decisão (Goergen, 2007).

A alienação, seja provocada pela influência da mídia ou de outra fonte, impede a observação da realidade, prejudicando nossa liberdade na tomada de decisões ao não percebermos que podemos estar condicionados ou estar mergulhados em pensamentos preconceituosos. Para exercer conscientemente nossa liberdade, devemos investir no conhecimento da realidade, do contexto cultural e social que fazemos parte.

O contexto social em que se encontra o indivíduo é fundamental para a formação de sua identidade, pois é a partir da relação com os outros e consigo mesmo que certas crenças e valores serão compartilhados. Tais crenças e valores fazem parte do todo que compõe uma pessoa e, sendo a faculdade (incluindo corpo docente, plano curricular, práticas laboratoriais e ambulatoriais) parte integrante do contexto social, pode-se afirmar que os alunos de graduação internalizam valores e atitudes vindos da instituição de ensino e dos professores (Ronzani; Ribeiro, 2003).

É por meio da educação dos indivíduos que se renova a moral da sociedade, no entanto, essa tarefa é árdua e, por vezes, frustrante. Quanto mais o sistema alimenta o individualismo nas pessoas, mais justificativas encontramos para persistir na educação em valores (Goergen, 2007).

Uma transformação social só pode ocorrer com mudanças baseadas em juízos consistentes. Não há como oferecer critérios para os alunos avaliarem todos os aspectos da vida e formarem seus juízos consistentes se o professor retira-se do envolvimento com questões dramáticas ou polêmicas e com dilemas éticos (Brandão, 2005).

A necessidade de uma visão transdisciplinar integradora faz-se notar em todos os terrenos, revelando-se em indícios como o seguinte: ao mesmo tempo em que pesquisas como as correspondentes ao Projeto Genoma ocupam páginas de jornais e revistas, nunca se falou tanto nos mesmos meios de bioética, nunca se reivindicou tanto a necessidade de uma reflexão sobre valores no terreno da produção científico-tecnológica (Machado, 2009, p.187).

Este é o cenário para a entrada e permanência da Bioética na educação, seja em que nível for. O ensino da Bioética, sendo em forma de disciplina ou como conteúdo transversal, promove a reflexão sobre os princípios universais que orientam o crescimento tecnológico, a pesquisa científica e a resolução de conflitos morais, colaborando assim para a transformação da sociedade para que ela se torne mais justa. A presença da Bioética favorece a reflexão sobre dilemas de cunho ético a respeito da vida humana, favorecendo o diálogo entre as pessoas (Puplaksis, 2008).

A ética suscita questões que envolvem moral, valores e princípios, além de considerar e respeitar pontos de vista diferentes. Dessa forma, é considerada um elemento chave na experiência humana, porque permite uma interação entre as pessoas capaz de tornar a sociedade mais civilizada (Chowing; Fraser, 2007).

A ciência criou questionamentos éticos que ela própria, sozinha, não consegue solucionar. Surge, então, a necessidade de uma reflexão sobre a conduta humana no campo das ciências e da saúde à luz de valores e princípios éticos. A Bioética é o estudo interdisciplinar que se ocupa da reflexão da aplicação da ciência e da tecnologia na saúde, no desenvolvimento da sociedade e no meio ambiente (Sgreccia, 1996; Lucato; Ramos, 2009).

Segundo Giussani (1998. p. 64):

“[...] educação significa o desenvolvimento de todas as estruturas de um indivíduo até à sua realização integral, e, ao mesmo tempo, a afirmação de todas as possibilidades de ligação activa dessas estruturas com toda a realidade. O mesmo fenómeno, portanto, desenvolverá a totalidade das dimensões constitutivas do indivíduo e a totalidade das suas relações ambientais.”

O objetivo da disciplina de Bioética da FOUSP (ODS701) não é alcançar a concordância entre todos, mas ensinar um método de raciocínio/reflexão para solucionar dilemas éticos ao buscar considerar todos os aspectos da realidade e conciliá-los com o respeito à dignidade humana. Em outras palavras, o ensino da Bioética oferece ao aluno ferramentas para reconhecer um dilema ético, articular todos os aspectos envolvidos, fazer um juízo de valores, fundamentar seu posicionamento, tomar decisões baseadas em argumentos sólidos e refletir sobre as consequências de suas decisões (FOUSP, 2011c).

Para isso, é preciso que o aluno tenha conhecimento de si mesmo como pessoa, o que não é uma descoberta auto-evidente, pois esse conhecimento é construído a partir de descobertas intelectuais baseadas em reflexões sobre as próprias experiências (Ramos; Silva; Caldato, 2009). Nesse sentido, o professor ajuda o aluno a perceber significados anteriormente ignorados e que são essenciais para o desenvolvimento deste como pessoa e, conseqüentemente, essenciais para compor os alicerces de suas escolhas.

Quando se diz que a formação moral e ética dos alunos também é responsabilidade da escola, não significa que essa responsabilidade seja totalmente atribuída aos docentes envolvidos diretamente com o ensino da ética/bioética. O ensino da ética não é uma questão de vocação, pois todos contribuem nesse campo, intencionalmente ou não. “A cada atitude tomada por um professor - por exemplo, punir ou não o estudante que cola, permitir ou não que um estudante pratique um procedimento num paciente sem estar preparado para isto -, uma lição está sendo ministrada.” (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008, p. 489). A simples inserção de uma disciplina de ética não garante uma formação moral adequada se toda a instituição e corpo docente não estiverem em sincronia com o quadro de valores acordado (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008).

Puplaksis et al. (2010) realizaram um estudo qualitativo para verificar a contribuição da disciplina de Bioética para a formação humanística dos alunos de graduação da FOU SP. Através de um estudo comparativo entre a situação antes e após a inclusão da disciplina de Bioética, foi possível verificar que, apesar da inserção de tal disciplina no currículo obrigatório, a instituição de ensino continuava com a característica de privilegiar o aprendizado técnico, gerando uma visão parcial da totalidade da pessoa doente ao reduzir todas as suas dimensões apenas ao aspecto biológico. A inclusão da disciplina de Bioética na FOU SP representou um passo importante para a mudança de paradigma sobre o valor da dignidade da pessoa humana, mas é preciso que os professores entrem em acordo com relação ao quadro de valores que sustentam suas ações, pois todo o contexto é fundamental para o processo de formação ética do aluno.

É preciso mostrar aos alunos que as questões de ética/bioética não são questões de bom senso ou relativas e que essas questões podem sim ser discutidas e resolvidas, sem deixar o acaso guiar as decisões.

2.5 Porque Desenvolver um Material de Apoio ao Estudo de Bioética para os Alunos da Graduação

A disciplina ODS701 Bioética da FOUSP possui uma carga horária de 44 horas e é ministrada no primeiro semestre da graduação. Após esse período, o aluno poderá entrar em contato novamente com a disciplina de Bioética (formalmente) por meio do Estágio Vivencial oferecido pela disciplina.

Em 2004, a FOUSP criou a disciplina de Estágios Vivenciais Obrigatórios, a qual tem como objetivo “[...] propiciar ao aluno a complementação de sua experiência didática na faculdade, aliando o conteúdo teórico recebido nas diversas disciplinas com uma capacitação vivencial num contexto diferente ao do ambiente acadêmico tradicional” (FOUSP, 2011b). Cada aluno deverá cumprir 480 horas de Estágios Vivenciais oferecidos pelas diversas disciplinas dentro do período de sua graduação.

O Estágio Vivencial oferecido pela disciplina de Bioética possui um total de 60 horas e corresponde a visitas aos ambulatórios da faculdade supervisionadas por um professor. Os alunos observam os atendimentos realizados por alunos dos últimos anos, dando atenção especial às relações estabelecidas entre alunos, pacientes, professores e outros profissionais.

A supervisão direta do professor da disciplina de Bioética nos ambulatórios da faculdade propicia um olhar diferente do olhar técnico sobre os atendimentos, este último sempre predominante nos ambulatórios odontológicos. O professor, como mediador de novas relações (Machado, 2009), incentiva os alunos a se colocarem no lugar dos pacientes e dos profissionais para perceberem novos contextos, novos pontos de vista a partir de suas próprias experiências, estimulando a interação entre o conhecimento tácito e o explícito de cada aluno.

A incorporação do uso de meios eletrônicos para auxiliar o processo de ensino-aprendizagem possibilitou o convite aos alunos a compartilharem suas percepções a respeito do que vivenciaram no estágio em fóruns de discussão. Neste fórum, os alunos podem mostrar - por meios de narrativas - quais foram as relações de significados que construíram/descobriram durante o estágio, ajudando a

aumentar a rede de conhecimento de cada um deles. No entanto, nem todos os alunos optam pelo Estágio oferecido pela disciplina de Bioética.

Durante os anos seguintes, os alunos seguem o curso de graduação sem haver nova abordagem formal dos aspectos éticos envolvidos em suas experiências no decorrer do curso. Poderão surgir situações que não foram comentadas durante a disciplina de Bioética, poderão surgir dilemas éticos pessoais relacionados ou não com a profissão ou, até mesmo, questionamentos quanto à conduta de professores ou da instituição em determinadas situações.

A responsabilidade da formação ética/moral dos alunos não deve, e nem pode, ser exclusiva dos docentes envolvidos diretamente com as disciplinas correspondentes. Isto porque, no campo do ensino da ética, o aprendizado ocorre dentro e fora das salas de aula, de modo intencional ou não. (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008).

Então, na tentativa de auxiliar o aluno na reflexão de dilemas a que venha enfrentar após ter cursado a disciplina de Bioética e/ou o Estágio oferecido pela mesma, planejou-se o desenvolvimento de um material didático, de fácil acesso, sem custos para os alunos, para que o aluno pudesse re-encontrar o conteúdo estudado na disciplina de Bioética durante todos os semestres de sua graduação.

Com isso, busca-se colaborar para uma formação ética mais adequada enquanto todo o corpo docente e a instituição de ensino não estejam em sintonia quanto aos valores acordados.

2.6 O Uso da Informática como Ferramenta Auxiliar no Ensino Tradicional

Há muitos anos atrás, o surgimento do livro revolucionou a comunicação entre aprendiz e mestre. Se antes era necessária a presença física do mestre (autor) para ocorrer comunicação e interação, com o livro o aprendiz consegue aprender com aquele autor mesmo estando em outro lugar e, até mesmo, em outro tempo. A comunicação com o autor ocorre por meio da interação com o livro, mesmo que de forma unidirecional (Kenski, 2009).

Atualmente, uma nova revolução está em andamento na comunicação: o uso da informática e suas novas ferramentas eletrônicas. O desenvolvimento

acelerado das tecnologias da informação e comunicação (TIC), o uso muito difundido da worldwideweb (www) e a diminuição do custo para a aquisição de computadores têm favorecido o desenvolvimento de ambientes virtuais de aprendizagem na área da educação (Hillenburg et al., 2006; Reynolds; Rice; Uddin, 2007; Nogi; Melani, 2009).

Os ambientes virtuais de aprendizado são um método educacional reconhecido, que possuem a vantagem de permitir o aluno acessá-lo no horário e no local que julgar mais adequado, além de poder selecionar o que precisa estudar (Reynolds; Rice; Uddin, 2007). Entretanto, há diferença entre ser capaz de disseminar informação usando a informática e ser capaz de ensinar. O e-learning (estudo que se utiliza de meios eletrônicos) dá maior ênfase ao estudo e à evolução individual. O simples fato de fornecer diferentes tipos de ferramentas de comunicação não garante a interação entre alunos e professores (Özdemir, 2008).

Por outro lado, a interação não corresponde estritamente à comunicação oral presencial; a interação pode ocorrer com pessoas, animais, livros, com o ambiente, com o conteúdo disponível na televisão, no computador etc (Kenski, 2009). A introdução de tecnologias de comunicação na educação não diminui a interação social, pois o objetivo é aproximar as pessoas para que se comuniquem e interajam. O importante não é a utilização em si da tecnologia na educação, mas a maneira como essa tecnologia é utilizada na relação entre alunos, professores e conteúdos (Kenski, 2009).

Podemos programar um computador para transferir “conhecimentos” aos alunos disponibilizando grande quantidade de informações e exercícios objetivos (com feedback das respostas dos alunos). Esse tipo de programação, que enfatiza bancos de dados e ferramentas de gerência de tarefas, é caracteristicamente centrado na transmissão de informação (Ramos; Struchiner, 2009).

Os materiais desenvolvidos com uma concepção construtivista também apresentam elementos de transmissão de informação, no entanto, são centrados no professor/conteúdo. As estratégias didáticas adotadas são aquelas que permitem que o aluno aprenda servindo-se do computador, que será usado para potencializar as capacidades humanas (Ramos; Struchiner, 2009). Por isso, ao eleger o ambiente virtual como ferramenta, é preciso ter clareza sobre como compreendemos a Educação (Schlemmer, 2010).

Por meio desse recurso eletrônico, os alunos têm a possibilidade de escolher as prioridades para o seu aprendizado, as informações pertinentes naquele momento, as estratégias que consideram mais adequadas para adquirir o conhecimento pretendido e, da mesma forma, têm a possibilidade de fazer auto-análises de suas escolhas e de suas ações e de ter consciência de suas dificuldades e de seu ritmo de aprendizado. Durante o estudo virtual, acredita-se que o aluno possa exercer essa autonomia em seu próprio processo de construção do conhecimento (Silva, 2009).

Para que a interação aluno-conteúdo tenha qualidade, o conteúdo em um ambiente virtual precisa apresentar uma linguagem que seja uma continuidade do diálogo entre aluno-professor em sala de aula. Preferencialmente, a linguagem deve ser simples e em tom de conversação, com o uso de primeira pessoa e vocabulário fácil de ser entendido pelos alunos. Para dar a sensação de diálogo, podem ser usados nos textos exemplos pessoais, comentários que refletem diferentes opiniões, formulações de perguntas diretas aos alunos de modo a criar uma atmosfera de conversação. A narrativa é um recurso de linguagem que possibilita esse objetivo de comunicação (Moore; Kearsley, 2007; Silva, 2009). Os filmes são bons exemplos do uso do recurso da narrativa como ferramenta para o ensino (Moura, 2007).

2.6.1 O uso da informática no ensino odontológico

A literatura contemporânea é escassa a respeito das percepções dos alunos de cursos de odontologia em relação a métodos alternativos de educação (Reynolds; Rice; Uddin, 2007). Yunta, Herrera e Stepke (2008) afirmam que, atualmente, a maioria dos centros de ensino superior na América Latina está desenvolvendo meios eletrônicos de ensino, disponíveis em diversos tipos de plataformas.

No Brasil, as produções de softwares educacionais são maiores que o número de artigos publicados. Talvez isso ocorra devido à dificuldade dos protótipos produzidos avançarem para uma fase mais ampliada e melhorada (Juliani; Kurcgant, 2007).

O uso da tecnologia aplicada na transmissão de informação na odontologia pode ter como vantagens: a simulação de situações (como casos clínicos) que não ocorrem com tanta frequência e que nem todos os alunos conseguiriam vivenciar durante os anos de graduação; possibilitar a reflexão sobre si mesmo; promover o desenvolvimento de atitudes de aprendizado continuado; ampliar o suporte de ensino dos professores. Além disso, é dada ao aluno a oportunidade de planejar e complementar seus estudos de modo individual, na hora e no lugar que eles escolherem (Mattheos et al., 2008).

Hillenburg et al. (2006) realizaram um estudo qualitativo com administradores educacionais e especialistas em tecnologia da informação (TI) de universidades americanas buscando saber sobre o impacto do e-learning no ensino odontológico e possíveis tendências de interesse geral. As respostas ao questionário indicaram discordância entre os administradores educacionais e os especialistas em TI com relação ao processo de implementação da TI nos cursos de odontologia: os administradores prevêm um processo de implementação demorado, enquanto os especialistas em TI acreditam que seja um processo rápido, limitado apenas pelos recursos financeiros de cada instituição. Além disso, foi possível perceber que o aumento da distribuição de softwares e de outros recursos gratuitamente para o acesso às ferramentas de ensino terá um importante efeito no ensino odontológico usando worldwideweb (www). De fato, um dos maiores desafios para a adoção de tecnologias digitais para o ensino são os recursos financeiros: a aquisição de infraestrutura, hardwares softwares, a tecnologia em si e funcionários aptos têm custos altos. Outro desafio é fazer com que os estudantes passem a gostar do estudo eletrônico; para isso, é preciso que o uso da tecnologia na educação seja centrado no aluno/usuário.

Neuhaus et al. (2008) realizaram um estudo sobre as expectativas e experiências dos alunos de odontologia da Universidade de Basel com a implantação do projeto “Dentistry meets e-learning”, o qual promove a integração do currículo tradicional com o ensino por meios eletrônicos. Foi aplicado um questionário estruturado a alunos do terceiro, quarto e quinto ano da graduação. Os dados foram analisados estatisticamente pelo teste t-student. Dentre os resultados, foi observado que 92% acharam muito positivas as possibilidades de ensino-aprendizagem trazidas pelo e-learning e 86,9% dos estudantes manifestaram interesse pessoal em utilizar esse sistema de aprendizado. A pesquisa concluiu que

a maioria dos alunos acredita que seu estudo será melhorado pela implementação do e-learning. Os achados indicaram que a introdução do e-learning no currículo de odontologia é um procedimento viável.

O Departamento de Saúde da Inglaterra ajudou o desenvolvimento de um programa de comunicação em odontologia (em CD-Rom), o qual faz parte de um programa maior chamado *curso de introdução à ciência clínica 2001*, produzido com colaboração de um corpo acadêmico (Eaton; Reynolds; Cox, 2008). Tal programa usa como técnicas didáticas questões e respostas, animações e encenações de teatro para mostrar aos alunos de odontologia a importância da comunicação com os pacientes. O aluno encontrará simulações com variados tipos de pacientes, os quais vão apresentar diferentes estados de humor, saúde geral e origens de seus problemas dentais. Este CD-Rom foi produzido por uma equipe multidisciplinar (ciências sociais, odontologia, educação e tecnologia da informação) e tem como objetivo melhorar a comunicação profissional-paciente, possibilitando aos alunos desenvolver e testar suas estratégias em simulações de interação com pacientes virtuais (Eaton; Reynolds; Cox, 2008).

Strother et al. (2009) avaliaram a satisfação dos alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual da Luisiana (EUA) a respeito da integração da biblioteca digital ao currículo da faculdade. Foi a primeira pesquisa que tratou do tema de programas de textbooks em faculdades de odontologia. O programa caracteriza-se, basicamente, por uma seleção de livros que são disponibilizados para download aos alunos licenciados. Os pesquisadores aplicaram um questionário semi-estruturado aos alunos por meio de e-mail. 34,2% dos alunos responderam e foi possível perceber que: a maioria dos alunos utilizou o material digital para estudar conceitos específicos ou se preparar para testes; apesar dos alunos gostarem da facilidade de pesquisa de diversos tópicos, muitos estudantes não gostam de ler grandes passagens de texto na tela do computador e preferem imprimir os textos para leitura; os alunos não ficaram satisfeitos com os custos desse material.

Handal, Groenlund e Gerzina (2010) realizaram um estudo sobre a percepção dos alunos de odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Sydney a respeito de suas atitudes e preferências sobre ferramentas de e-learning. Os alunos foram convidados a responder um questionário online voluntariamente, o qual foi respondido por um total de 254 alunos. Os resultados

indicaram que os alunos possuem uma forte preferência por usar o estudo eletrônico como recurso auxiliar do que atividades principais de aprendizagem.

McCann, Schneiderman e Hinton (2010) desenvolveram um estudo sobre as preferências dos alunos de odontologia da Baylor College of Dentistry sobre ensino e aprendizagem por meios eletrônicos. Um questionário foi enviado aos alunos (432 no total) via e-mail buscando-se informações sobre o nível de experiência com computadores, o uso de equipamentos digitais, a frequência de uso dos recursos da faculdade e sua eficiência, preferências sobre diversos ambientes de aprendizagem, necessidade de padronização dos materiais de estudos eletrônicos, além do uso de perguntas abertas para os alunos fazerem comentários. Os dados foram analisados por um programa de estatísticas chamado SPSS software e as perguntas abertas foram analisadas qualitativamente. Dos 432 alunos, 85% responderam o questionário; dois terços dos alunos acharam que os recursos eletrônicos da faculdade são eficientes para o aprendizado; 64% preferem textos impressos que textos digitais; 74% desejam usar materiais eletrônicos para complementar os estudos, mas que estes não substituam as aulas tradicionais; 33% reportaram dificuldade de acesso dos materiais eletrônicos fora dos locais da faculdade.

Ramos e Struchiner (2009) realizaram uma análise de conteúdo de cinco dissertações e uma tese que apresentaram como objetivo o desenvolvimento de materiais informatizados para o ensino de ciências e de saúde a fim de discutir o papel da reflexão teórico-pedagógica nesse tipo de pesquisa acadêmica. Os pesquisadores identificaram as concepções teóricas de educação presentes nesses cinco trabalhos, observaram a relação entre as concepções teóricas e as descrições dos materiais e compararam a coerência entre o desenvolvimento proposto e o aporte teórico apresentado na pesquisa. Verificaram que em todos os trabalhos há claras posições educacionais, mesmo naqueles trabalhos que não aprofundaram as reflexões teórico-pedagógicas. Houve diferentes concepções de professor, de aluno, de processo de ensino-aprendizagem, bem como diferentes relações entre essas concepções. Também verificaram que há contradições na relação entre as concepções teóricas dos autores e a relação teoria-material educacional desenvolvido. As autoras ressaltam a “necessidade de amadurecimento teórico para o desenvolvimento de propostas pedagógicas apoiadas em computador para o ensino de ciências e saúde.” (Ramos; Struchiner, 2009, p. 675).

2.7 Concepções de Conhecimento e suas Influências nas Ações Docentes

A elaboração de um material didático, assim como a organização de uma disciplina ou a elaboração de avaliações, é um dos elementos que constituem as práticas docentes. Tais ações docentes são influenciadas pela concepção de construção de conhecimento que o docente possui (Machado, 2009). Isso quer dizer que, para a elaboração do material de estudos proposto neste trabalho, foi preciso definir qual seria a concepção de construção do conhecimento mais adequada para atingir um melhor resultado no processo de ensino-aprendizagem.

Não é necessário ser um profissional da área da educação para pensar a respeito de como formamos nosso conhecimento; todos já fomos atores desse processo, ora ensinando, ora aprendendo. A partir de nossas experiências ou de relatos sobre ensino, podemos pensar: o conhecimento é formado pelo acúmulo de informações? O conhecimento é formado a partir de coisas simples caminhando para coisas complexas? Aquilo que eu sei, mas que não consigo explicitar, explicar com palavras, também é considerado conhecimento? Essas e outras questões referem-se a imagens que podemos ter de como o conhecimento é construído e são fundamentais para orientar as ações docentes.

A imagem do conhecimento como um **balde** vazio a ser preenchido é uma das imagens metafóricas mais antigas e é assim compreendida: o aluno seria comparado a um recipiente vazio, que é preenchido com a matéria dada pelo professor, assim como enchemos um balde com água. Temos como exemplos de ações docentes conseqüentes dessa forma de encarar a construção do conhecimento, as avaliações que “medem nível de conhecimento” ou o “conhecimento acumulado” e o planejamento do número de aulas necessárias para ensinar cada assunto (como quando regulamos a vazão de uma torneira para encher um balde). Praticamente, não há professor que assuma essa posição “baldista”, ainda mais após os debates construtivistas nos últimos anos, mas práticas como as citadas acima ainda permanecem presentes nos ambientes educacionais (Machado, 2009).

Descartes, em seu livro *Discurso do Método*, de 1647, explica sua visão de uma construção metodológica: um objeto, para ser entendido e conhecido, precisa

ser decomposto em partes simples, para que se possa ter idéias claras e definidas; após a compreensão de cada parte, o objeto volta a ser recomposto ou reconstruído pelo encadeamento lógico e enumerado de suas partes, havendo um caminho determinado para essa reconstrução (Descartes, 1999).

Talvez, a imagem mais popular que se tem sobre o conhecimento é a imagem de **cadeia**, inspirada no pensamento cartesiano. Tal pensamento é facilmente encontrado nas escolas, com a decomposição da matéria em partes pequenas pelo professor, que depois a reconstrói seguindo uma só forma de encadeamento das partes (Machado, 2009).

De fato, observamos uma forte presença do pensamento cartesiano nas instituições de ensino. Há muito tempo, os temas, as teorias, os objetos de estudo são apresentados aos poucos, a partir de sua parte mais simples até chegar à sua parte mais complexa, seguindo um encadeamento lógico na apresentação das partes. Nos cursos de odontologia, por exemplo, o ser humano é dividido em corpo e cabeça; depois, dando-se atenção à região da cabeça, há a divisão em língua, bochechas, lábios, articulações e dentes; depois, estudam-se cada componente dos dentes: esmalte, dentina, cemento, complexo vaso-nervoso. Estudam-se separadamente também cada tipo de tratamento que possa ser realizado: prótese, dentística, endodontia, periodontia, cirurgia, semiologia, etc. Desde o início do curso, o objeto complexo do estudo – o ser humano – é dividido em partes para ser estudado e compreendido em idéias claras e definidas, seguindo-se um encadeamento enumerado para ser recomposto aos poucos, assim como sugere a metodologia de Descartes.

Sem dúvida, em qualquer narrativa, precisamos do encadeamento de idéias, para que possamos narrar algo com início-meio-fim, mas, a necessidade do encadeamento é uma característica exacerbada nas concepções cartesianas (Machado, 2009). Os exemplos da influência de tal imagem do conhecimento na educação é o discurso de que a construção do conhecimento deve ter alicerces, uma base de início, avançando níveis de pré-requisitos paulatinamente, de que é necessária uma ordem, uma serialização para os estudos, uma lista de pontos a serem estudados etc (Machado, 2009).

Continuando com o uso de metáforas para a apresentação das imagens do conhecimento, Serres (data desconhecida) discute as relações entre significados como se fosse uma rede. Em uma rede, temos uma pluralidade de pontos/nós que

estão ligados entre si por diversos caminhos/ligações. Em um espaço de representação, os pontos são como significados (teorias, pessoas, lugares, por exemplo) e os caminhos ou ligações entre esses pontos são as relações entre dois ou mais significados (entre duas ou mais teses, por exemplo). Além disso, Serres (data desconhecida) diz que nenhum ponto recebe mais destaque que o outro e também nenhum deles é subordinado ao outro. Isso quer dizer que não há um percurso entre os pontos que deva ser seguido para formar a rede, não há uma ordem lógica determinada para ocorrer as ligações entre os pontos.

Lévy (1993) também trabalha o universo dos significados explorando a metáfora de hipertexto. Segundo os princípios propostos por Lévy, é possível compreender resumidamente: que a rede hipertextual está em constante transformação e atualização; que as conexões entre os nós de uma rede hipertextual são diversificados (heterogêneos); que qualquer nó ou conexão, quando analisados individualmente, pode mostrar-se composto por toda uma outra rede (dependendo do grau de precisão da escala da análise); que a rede hipertextual não possui fronteiras fixas, estando aberta para novas construções; que a proximidade entre os feixes de significação não é determinada apenas pela proximidade física, pois a proximidade pode ter múltiplos sentidos; que a rede hipertextual não possui centro, podendo haver vários centros e em constante mudança (Lévy, 1993).

Machado, aliando as idéias de Serres (data desconhecida) e Lévy (1993) explica a imagem de rede como forma de interpretar a construção do conhecimento. Para Machado (2005), o conhecimento é visto como uma rede, onde os nós são os significados, os conceitos, as idéias, e os fios que compõem os nós são as relações que estabelecemos entre os nós. As relações entre os nós são construídas sem a necessidade de uma ordenação lógica, sem um encadeamento ou uma linearidade, ou seja, não há um determinado caminho a percorrer para ligar dois nós, o que se contrapõe à idéia de Descartes. Além disso, a rede não possui um único centro, mas vários centros de interesses; as articulações/relações entre os diferentes nós (significados) podem ser construídas individualmente ou socialmente e estão em constante atualização, em constante movimento.

Como o aluno já chega à escola com sua “rede” iniciada, cabe à escola ampliar e enriquecer as relações entre os nós. O planejamento das aulas é diferente daquele que possui características cartesianas, pois um tema pode ser tratado de

formas distintas, dependendo do feixe de relações percebidas e vivenciadas (Machado, 2005).

Outra imagem de conhecimento apresentada por Saiani (2004), que estudou as obras de Michael Polanyi, é a do **Iceberg**: ao visualizarmos um iceberg, sabemos que a parte visível (acima do nível da água) é muito pequena em relação a sua parte submersa. A comparação do conhecimento a um iceberg associa a parte visível com o conhecimento explícito (aquele passível de explicitação) e associa a parte submersa do iceberg com o conhecimento tácito. Isso quer dizer que sabemos muito mais do que aquilo que conseguimos expressar em palavras, sobre todo e qualquer assunto.

O conhecimento tácito intercambia-se com o explícito de maneira consciente e inconsciente. Uma das funções do trabalho escolar seria criar estratégias para a explicitação do conhecimento tácito dos alunos, além de realizar avaliações que não privilegiem apenas o conhecimento explícito (Saiani, 2004; Machado, 2009).

2.7.1 Qual imagem de conhecimento é a mais adequada para o ensino de Bioética?

A intenção de apresentar diversas formas de enxergar o conhecimento não é a de determinar a mais correta e quais seriam desprezadas na representação do processo de ensino/aprendizagem porque, de certa forma, todas contribuem em proporções diferentes para a explicação de como se dá o conhecimento.

Não iniciamos do zero diariamente, guardamos muito dentro de nós, o que dá sentido à idéia de **acumulação**. Mas o acúmulo de tudo o que aparece provoca uma perda da capacidade de discernimento do fundamental e do dispensável, dificultando a capacidade de abstrair, de pensar (Machado, 2005; Machado, 2009).

Quando narramos um fato, contamos uma história ou explicamos um conceito, é necessário um **encadeamento** de pensamento para que possamos ser compreendidos. Por isso, a idéia de encadeamento também faz sentido para o conhecimento. Mas, as concepções cartesianas exacerbam essa característica, superestimam o encadeamento e engessam novas possibilidades de caminhos e centros de interesse (Machado, 2009).

Além disso, há a questão da recomposição do objeto estudado: de quem será a preocupação, ou responsabilidade, da retomada do todo? Quando a redução é tão grande, é possível não deixar esvair-se o significado do todo?

Essa preocupação não se restringe apenas à área da Educação. O próprio mundo do trabalho, que tanto acolheu a forma cartesiana, já demonstra mudanças em sua organização, com a valorização do trabalho em equipe, a flexibilidade nas distribuições de tarefas, a valorização das contribuições individuais de cada participante e a maior interação entre as pessoas (Machado, 2009). Nas empresas, o conhecimento tácito já vem sendo valorizado e Michael Polanyi é freqüentemente citado nos livros de economia e administração que relacionam o conhecimento com o desenvolvimento empresarial. No entanto, tal preocupação com o conhecimento que vai além do explicitável ainda está distante da realidade escolar (Saiani, 2004; Machado, 2009; Reinders, 2010).

Um atleta, por exemplo, pode demonstrar uma extrema competência na realização de determinada prova, ainda que não consiga explicar em palavras a ação que realiza. Por razões análogas, um aluno pode conhecer um assunto e não ter um bom desempenho em uma prova, ou simetricamente, alguém pode discorrer de modo pertinente sobre valores sem apresentar uma prática minimamente consentânea com os mesmos (Machado, 2009, p. 184).

O que vemos freqüentemente na escola é professores transmitindo conteúdos aos alunos que o devolvem nas provas, sem que o tenham incorporado, sem que tal conteúdo tenha residido neles, o que representa o puro privilégio do explícito, do verbalizável (Machado, 2009). Para Polanyi, o conhecimento precisa residir (*indwelling*) no aluno, precisa ser sentido, vivenciado por ele (Frade, 2005; Machado, 2009). É preciso haver uma relação entre o conhecedor e o que está sendo conhecido (Reinders, 2010).

Na organização das ações docentes, seria necessário considerar que, tão importante quanto alimentar o conhecimento explícito, é sua incorporação efetiva por parte dos alunos. A tarefa básica do professor seria a construção de estratégias de emergência de conhecimentos tácitos, resultantes tanto de atividades escolares quanto de vivências fecundas em ambientes extra-escolares, pois a partilha do tácito não pode ser considerada uma atividade espontânea, busca-se arquitetar estratégias de emergência, em ambientes variados (Machado, 2009, p. 185).

Ao verificar que podemos caminhar por percursos diversos, sem a necessidade de um encadeamento rígido, vemos que podemos **tecer significados** diferentes ao articular temas diferentes e relacioná-los a significados diferentes. Assim, consideramos que a concepção de que o conhecimento é construído (tecido) como uma rede é a mais adequada para o ensino de Bioética que pretendemos realizar.

2.7.2 Os papéis do professor

As ações docentes também são influenciadas pela idéia que o professor faz de qual é o seu papel no processo de ensino-aprendizagem.

As experiências de ensino/aprendizagem que fazemos diariamente, como aprender leis de trânsito, ensinar uma criança a atravessar a rua, aprender como lidar com as angústias, ou simplesmente ensinar alguém como fazer um bolo, não fazem de todos nós professores. Ser professor é mais do que ditar um texto, é mais do que dar a matéria, é mais do que contar faltas/presenças e dar notas.

Os verdadeiros professores possuem características que os diferenciam daqueles que possuem um discurso fácil e enganoso. Segundo Machado (2009, p.195), “[...] o professor é um mediador de relações, tecelão de significações, cartógrafo de relevâncias e, sobretudo, um contador de histórias, não quaisquer histórias, mas as de natureza fabulosa.” Assim, essas características serão descritas a seguir.

2.7.2.1 professor como cartógrafo de relevâncias e tecelão de significações

Deixar cada aluno escolher tudo o que deseja estudar pode ser vantajoso por um lado porque amplia os centros de interesses e a liberdade do estudo, mas, por outro lado, pode ser prejudicial porque o aluno pode perder a concentração em temas irrelevantes e deixar de criar novas relações de significados. Isso acontece

porque o aluno não é capaz de perceber sozinho as relações de significados que não conhece e que são essenciais para tirá-lo de seu *status quo* (Machado, 2009).

O professor, tendo em vista os objetivos do curso, precisa orientar os alunos para o que é relevante: “É certo que tudo pode ser relacionado a quase tudo, mas discernir o que verdadeiramente importa é, cada vez mais, a grande questão.” (Machado, 2009, p. 200).

Fazer uma analogia aos mapas cartográficos facilita a explicação dessa característica do professor: para não nos perdermos em um mar infinito de possibilidades de caminhos, precisamos de um mapa de orientação. Mas qual mapa utilizar? O mais simples possível, que elimina quase todas as referências, ou um bem detalhado, com uma reprodução tão rigorosa que dificulta sua utilização? Precisamos definir uma escala adequada: se o professor é sucinto demais, elementos importantes do tema não serão mencionados; se for detalhista demais, o tempo da aula se esgotará e ele não terá conseguido atingir seu objetivo. É possível adaptar qualquer assunto a qualquer tempo de aula, basta escolher a escala adequada para aquele momento (Machado, 2009).

Então, cabe ao professor definir um mapa de relevâncias, onde irá escolher o que será deformado, o que será tido como irrelevante naquele momento na rede de significações. O planejamento de como os temas serão tratados é fundamental para tecer essa rede de significações.

O papel de tecer significações está associado à idéia de ajudar o aluno a conhecer o significado de algo por meio das relações que podem ser estabelecidas entre esse algo e o mundo (Machado, 2009).

2.7.2.2 professor como mediador de relações e contador de histórias

Construímos nossas relações de significados a partir do nosso contexto, das nossas vivências, da nossa realidade. Como nem o aluno e nem professor chegam à sala de aula como uma página em branco a ser preenchida, é preciso considerar a

importância das experiências vividas e do conhecimento subjetivo que todos trazem para o ambiente de ensino (Silva, 2009).

A realidade dos alunos deve ser considerada no processo de ensino-aprendizagem, mas, podemos nos perguntar se seria pertinente falar de relações que não pertencem ao contexto do aluno. Obviamente que sim, pois o ensino que se restringe apenas ao perímetro freqüentado pelo aluno não o impulsiona a transpassar barreiras e a crescer (Machado, 2009).

Ao apresentar novas relações aos alunos, é preciso atenção para não ter atitudes autoritárias ou doutrinárias. Quando o professor não trabalha como um mediador de relações, quando impõe valores acabados aos alunos, o diálogo entre pensamentos divergentes são eliminados, pois os alunos acabam submetidos à apenas uma forma de pensar, fechando-se a novas idéias (Puig; 1988; Menin, 2002; Silva PF, 2008; Correa, 2008).

O professor também não pode ter medo de sugerir novas relações aos alunos e instigá-los. A tentativa de manter-se neutro pode gerar uma postura relativista, havendo a co-existência de valores opostos na mesma escola e a falta de um quadro de valores de referência (Menin, 2002).

O melhor caminho é o da mediação, da negociação com os alunos para uma abertura ao novo, algo que o professor julga relevante para o aprendizado (Machado, 2009). O professor como um mediador propicia que o conteúdo seja construído como uma rede, onde o aluno é incentivado a participar da negociação da construção do seu conhecimento por meio da interação com o professor (Schlemmer, 2010).

Ao apresentar essas novas relações aos alunos, se não houver certa abstração, se a exposição da moral for muito abrupta, o interesse do aluno em ouvir o que professor tem a dizer pode ser reduzido e menos contribuirá para ampliar a rede de significações. Por isso, o uso da narrativa é indicado para envolver o aluno, para passar-lhe algum recado, algum ensinamento, algum significado, e não são histórias quaisquer, são fábulas, pois há um fundo moral, uma moral tácita (Machado, 2009).

Não são apenas crianças que gostam de histórias: se a escola não as conta, os alunos mais velhos vão buscá-las em algum lugar, para justificar seus valores, para articular seus pontos de vista, seja no cinema, nas novelas, nos relatos biográficos [...] (Machado, 2009, p. 203).

Silva (2009) realizou um estudo sobre os novos papéis que os professores universitários têm desempenhado frente às tecnologias da informação e comunicação (TIC). Neste estudo, o autor buscou conhecer, por meio da pesquisa qualitativa, a interação professor-aluno-conteúdo e a relação professor-aluno-universidade junto às TIC. O autor também estudou a abordagem pedagógica utilizada nos ambientes híbridos no ensino superior, as práticas de ensino que usam tecnologia e o desenvolvimento de competências docentes junto às TIC. Diante das mudanças e oportunidades trazidas pelas TIC no ensino, o autor reconheceu três novos papéis do professor: promover espaços de interação e constituir/manter vínculos entre pares e entre professor-aluno; manter aperfeiçoamento contínuo, mas não apenas no caráter técnico, mas também no desenvolvimento psicopedagógico, a fim de auxiliar o desenvolvimento humano do aluno; e envolver-se na gestão universitária, a fim de que haja condições para que seja disponibilizada aos docentes uma formação que contemple, além da disciplina que irão lecionar, a abordagem de metodologias de ensino, organização de conteúdos, TIC, compreensão de como o conhecimento se apresenta na universidade, práticas de ensino, planejamento de projeto, etc.

Silva (2009) salienta ainda que a prática das ações docentes de *tecer significações, mediar relações de significados, mapear relevâncias e construir narrativas fabulosas* em ambientes híbridos de aprendizagem trará ótimos resultados e incentiva a investigação da vivência dessas quatro ações docente junto às TIC.

2.7.3 A relação professor/aluno

A divisão do conhecimento em disciplinas ou matérias é, gradativamente, instituída com o passar do processo de escolarização. Antes de freqüentar a escola, a criança se interessa por letras e números quase simultaneamente, obviamente sem saber o que é língua portuguesa ou matemática. Com o decorrer dos anos na

escola, o conhecimento é tratado pelos professores como compartimentos com conteúdos específicos para cada momento, para cada série. Aí, o principal canal de relação de professor e aluno passa a ser a disciplina (Machado, 2009).

Se nas séries iniciais somos professores de crianças, a partir da 5ª série passamos a ser professores de matérias, de disciplinas. E além de perdermos o contato com o aluno como pessoa, contribuimos para acentuar um estágio de fragmentação do conhecimento, de esmigalhamento do sentido que se torna bastante explícita por ocasião dos exames vestibulares. Na Universidade, tal tendência pode ainda acentuar-se, agravada pela fraca interação entre algumas das unidades ou departamentos que receberão os alunos, e pelo crescente convívio de professores e alunos apenas com ‘especialistas’ de temáticas contíguas (Machado, 2009, p. 182).

O mais importante disso para a área da educação é que na relação aluno-professor tanto os conhecimentos explícitos quanto os tácitos acabam interagindo. “O que faz o professor é muito mais poderoso do que aquilo que explicita: da mesma forma que sabemos mais do que podemos relatar, também ensinamos muito mais do que podemos relatar” (Saiani, 2004, p. 112). As aulas refletem as atitudes, os pensamentos e posicionamentos dos professores, pois o ensino não fica restrito apenas ao que é dito verbalmente.

Cabe ao professor elaborar estratégias, desenvolver suportes pedagógicos, organizar o conhecimento de modo que auxilie o aluno a articular, o máximo possível, o seu conhecimento tácito com o explícito, seja com atividades escolares ou com suas vivências em ambientes extracurriculares (Frade, 2005; Silva, 2009).

Para o professor mediar a percepção de relações, negociar aberturas para o novo, é preciso compreender a perspectiva do aluno e, para isso, o professor nivela-se ao aluno para entender seus pontos de vista, respeitando a visão de cada aluno (Machado, 2009).

No entanto, não é possível delegar ao aluno a decisão de escolher o que lhe é relevante e lhe apresentar somente o que lhe interessa.

Então, no momento de decidir o que é relevante e irrelevante e na construção de narrativas de histórias, o professor assume uma posição assimétrica em relação aos alunos, o que é certo, pois não se trata de uma relação entre iguais (Machado, 2009).

O professor, como uma autoridade, é uma fonte de valores e aprendizados, pois, sendo uma pessoa que sabe mais que os alunos, tem necessariamente algo a oferecer (Fornazieri, 2005).

A escola é também claramente uma autoridade, enquanto prossegue e desenvolve a educação dada pela família. É estranho que se apresente como escola ideal aquela em que a função de ensinar seria quase praticável por um gravador, pois com isso se retira à relação professor-aluno o que há nela de mais caracteristicamente humano; o contributo propriamente humano, a genialidade do mestre (Giussani, 1998, p. 83).

3 PROPOSIÇÃO

Principal:

Desenvolver um conteúdo para o material didático eletrônico de Bioética, de modo que possa ser utilizado como material de apoio no processo de ensino-aprendizagem pelos alunos de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

Secundária:

Avaliar a qualidade da ferramenta eletrônica desenvolvida e seu significado para o aluno.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Planejamento da Elaboração do Material de Estudos Eletrônico

O ensino da Bioética apresenta uma nova realidade acadêmica, a qual não possui um paradigma didático definido. As grandes discussões Bioéticas que se desenvolvem atualmente no mundo refletem as diferentes concepções filosóficas distinguíveis entre países anglo-americanos e países europeus. Conseqüentemente, há concepções antropológicas e formulações pedagógicas diferentes para esses dois conjuntos de países, o que influencia distintamente o ensino da Bioética (Lima, 2008).

Considerando a concepção predominante de Bioética na Europa, a proximidade da cultura e dos valores das sociedades portuguesa e brasileira, julgou-se a concepção de ensino de Bioética europeu (representado por Portugal) a mais adequada para como referência para este estudo.

A sociedade portuguesa é membro da União Européia e, efetivamente, compartilha mais as tradições, culturas e valores morais com os países europeus do que com os países anglo-americanos. Isso significa que em Portugal predomina uma Bioética com fundamentação filosófica na antropologia e com uma concepção de ensino na transdisciplinariedade (Lima, 2008). Além disso, a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) atribuiu ao Instituto de Bioética (IB) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – sob direção de Ana Sofia Carvalho – uma Cátedra de Bioética, com o objetivo de aprofundar o conhecimento e fomentar o debate bioético com a sociedade civil.

O IB da Universidade Católica Portuguesa é o único Instituto de Bioética existente em Portugal. O seu objetivo é exercer influência e orientar a opinião pública em questões de cunho bioético, demonstrando a validade de uma orientação humanista e personalista. Para isso, conta com uma equipe composta por profissionais qualificados, mestres e doutores em diversas áreas do saber

(informação pessoal¹). O Estágio de Doutorado, financiado pela CAPES, realizado na UCP permitiu aprender com a experiência dos portugueses que as referências descritas a seguir são válidas para orientar a elaboração de uma metodologia para o ensino de Bioética.

O IB possui uma unidade de investigação científica, chamada Gabinete de Investigação Bioética (GIB), o qual possui 5 linhas de pesquisas, dentre elas está a linha “O ensino da bioética no secundário”, que recebe financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) no âmbito do financiamento plurianual (informação pessoal²).

Um dos projetos de pesquisa elaborado no IB visa produzir um “manual” didático, complementado por fichas pedagógicas, para servir de ferramenta de trabalho formativa e didática na área da bioética. Como referência de base, o projeto conta com as ferramentas já desenvolvidas pelo Kennedy Institute of Ethics - “An Ethics Primer. Lesson ideas and ethics background” - e pelo Conselho Europeu - “Questions de bioéthique, fiches pédagogiques”. Este projeto sugere um guia de orientação para a construção das fichas pedagógicas apresentado da seguinte maneira (informação pessoal³):

Apresentação geral do tema

- a) Perspectiva sobre os princípios e fundamentos em ética presentes no tema;
- b) Identificação e explicitação dos argumentos que sustentam as várias perspectivas sobre o tema/problema;

Actividade(s) de sensibilização - MOTIVAÇÃO

- a) Por exemplo, análise de uma notícia de jornal, visionamento do extracto de um filme, leitura de um extracto de uma obra literária, análise de fotografias, visita de estudo, etc;
- b) Proposta de questões para discussão a partir da(s) actividade(s) de sensibilização sugeridas, por ex., em grupo.

Informação teórica sobre o tema – APRENDIZAGEM

- a) Fornecer informação sobre o tema (dados estatísticos, situação em Portugal e no mundo, legislação, pareceres, declarações, etc.);

¹ Carvalho AS, Araújo J, Vasconcelos S. Projeto de investigação científica: por uma formação ética na fronteira das ciências da vida: estratégias e instrumentos. Comunicação pessoal.

² Ibid.

³ Ibid.

- b) Explicitação teórica dos principais conceitos relacionados com o tema, sob os mais variados pontos de vista (científico, moral, filosófico, religioso, etc.);
- c) Indicação de referências de especialistas da área;
- d) Indicação de bibliografia e outras fontes de aprofundamento.

Tratamento da informação – VALORIZAÇÃO

Deve sugerir-se o modo de ‘tratar’ a informação com vista adquirir uma ‘atitude’ própria face ao tema.

Conhecer a realidade do ensino de Bioética na UCP permitiu-nos fazer paralelos com o modelo que empregamos e desenvolvemos na FOU SP.

O Conselho da Europa, uma organização intergovernamental com 46 Estados Europeus membros e com sede na França, surgiu em 1949 com a finalidade de, resumidamente, proteger os direitos humanos, promover a inclusão social e os direitos sociais, consolidar a democracia, buscar soluções para questões sociais como a discriminação, intolerância, terrorismo, corrupção, crime organizado, etc, nos países membros (COE, 2009).

Com o contexto atual de rápido desenvolvimento técnico-científico e surgimento de numerosas questões éticas, o Conselho da Europa desenvolveu uma ferramenta auxiliar de ensino (como fichas pedagógicas) para auxiliar professores a explicar as questões bioéticas aos alunos, incentivando o pensamento autônomo, promovendo a educação para a cidadania, oferecendo esclarecimentos sobre conceitos científicos e médicos por meio de exemplos do cotidiano e, assim, ampliando a discussão entre os estudantes (COE, 2009).

O Conselho da Europa (COE) sugere que, para a elaboração de uma ficha pedagógica de cada tema, haja uma contextualização do assunto, uma explicação dos conceitos científicos envolvidos, levantamento das principais questões éticas envolvidas e os diferentes pontos de vista, assim como a apresentação de casos reais e suas respectivas questões éticas, a indicação de possíveis referências para consulta ou aprofundamento sobre o assunto (como sites, livros, artigos, jornais) (COE, 2009).

A Northwest Association for Biomedical Research é uma organização de ensino sem fins lucrativos, criada em 1988 para promover o entendimento da população sobre a investigação biomédica e suas condutas éticas. Uma das ferramentas criadas por essa organização é uma cartilha chamada *An Ethics Primer*, que possui o objetivo de ajudar professores de ciências a orientar seus alunos sobre

análises de questões éticas e foi elaborada para ser flexível o bastante para ser usada em diversos tópicos no contexto da ciência (Chowing; Fraser, 2007).

Esta cartilha diz que o ensino da ética em ciências está alicerçado em um tripé: conteúdo e estratégias pedagógicas (como estudo de casos, por exemplo), perspectivas éticas (as diferentes teorias éticas) e quadro de decisões estruturado racionalmente. A cartilha sugere os passos envolvidos na análise e solução de uma questão ética (Chowing; Fraser, 2007):

- a) sensibilização: ser capaz de reconhecer o dilema ético envolvido, onde está a dificuldade de resolução de um problema, se há conflito de valores ou se, aparentemente, não há respostas satisfatórias para o dilema ético;
- b) perspectivas éticas e valores: conhecer o conteúdo científico envolvido na questão; conhecer as diferentes teorias éticas, o contexto social, histórico, cultural, legal do dilema ético, bem como os valores familiares, religioso, culturais trazidos pelos alunos;
- c) análise crítica: julgamento crítico dos alunos sobre a situação e apresentação de um raciocínio lógico sobre uma possível solução, a melhor atitude para resolver determinado dilema ético;
- d) motivação e justificativa: relaciona-se com responsabilidade pessoal e compromisso do aluno em decidir fazer o que é moralmente correto;
- e) evolução: o aluno age de acordo com o decidido e avalia o resultado.

Além disso, essa cartilha fornece sugestões de estratégias pedagógicas sobre ensino da ética em ciências, instruções aos professores, orientações para guiar um debate com os alunos, sugestões de temas e conceitos a serem trabalhados com os alunos e outros (Chowing; Fraser, 2007).

Com o objetivo de incentivar a introdução do debate bioético em vários países, a UNESCO elaborou uma ferramenta de ensino, como um manual, para ser utilizado por professores e alunos universitários. Tal manual contém os princípios bioéticos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - adotada em 2005 e que trata de princípios bioéticos que foram aceitos pelos 191 países membros - mas não propõe um modelo bioético específico a ser seguido; apresenta princípios que são compartilhados por pesquisadores, políticos, profissionais de saúde de vários países e diferentes culturas (UNESCO, 2008).

Sem a intenção de criar um modelo rígido de ensino, a UNESCO sugere idéias e estratégias para a abordagem bioética. Como o manual foi produzido com um conteúdo aceito por todos os países membros, será preciso contextualizar o material para cada local onde for utilizado. Mas, o método para decidir no âmbito ético é o mesmo para todos: primeiramente, conhecer os fatos e o contexto da situação em questão; depois, identificar qual é o dilema ético, as pessoas envolvidas, os valores envolvidos e os possíveis conflitos entre eles; escolher qual dos valores promoverá as melhores ações positivas ou trará menos resultados negativos, atribuindo diferentes pesos aos valores para poder hierarquizá-los (tarefa, muitas vezes, complexa); e, por fim, a escolha da decisão resultante de todo esse processo reflexivo (UNESCO, 2008).

Para conhecer o oferecimento da disciplina de Bioética nas faculdades de odontologia brasileiras, foram utilizadas as informações apresentadas no site do Conselho Federal de Odontologia (www.cfo.org.br). Localizadas todas as faculdades de odontologia devidamente regulamentadas, realizou-se uma busca, dentro do site de cada faculdade, do oferecimento de disciplinas com o nome Bioética ou de programas que contemplem conteúdos de Bioética. Este conteúdo localizado foi comparado com o modelo de disciplina implantado na FOUSP e, conjuntamente com o conhecimento adquirido no estágio na UCP, ajudou a mapear/definir o conteúdo a ser trabalhado com os alunos de graduação.

Dessa forma, para o planejamento da elaboração do material de estudos eletrônico de apoio foram considerados: os objetivos da disciplina de Bioética (FOUSP, 2011c), os objetivos do Projeto Pedagógico em vigor na FOUSP (FOUSP, 2011a), a concepção de que o conhecimento é construído como se constrói uma rede, como explica Machado (2005), a experiência adquirida no estágio realizado no IB da UCP em Porto, as orientações/sugestões do Conselho Europeu (COE, 2009), da Northwest Association for Biomedical Research (Chowing; Fraser, 2007) e da UNESCO (UNESCO, 2008).

4.2 Desenvolvimento do Material de Estudos Eletrônico

Toda pesquisa bibliográfica foi elaborada nas principais bases de dados disponíveis na Universidade de São Paulo, como ISI, Medline, Lilacs, BBO, utilizando como termos “bioética, pesquisa, consentimento, humanização, saúde pública, aborto, reprodução assistida, células-tronco, eutanásia”, entre outros. Com base nessa pesquisa foram elaborados textos que serviram como referencial acadêmico sobre cada tema apresentado aos alunos.

Tais textos foram trabalhados para que sua linguagem ficasse menos acadêmica/formal e mais próxima de uma narrativa, resultando, assim, nos chamados textos em linguagem didática.

Após a finalização do conteúdo dos textos em linguagem didática, iniciou-se a formatação de todo o conteúdo para a construção de páginas eletrônicas, onde foi possível trabalhar com cores, imagens, links e formatos de texto diferentes. Para isso, foi utilizado o programa FlashPageFlip, disponível para download gratuito no site <http://www.flashpageflip.com/FreeFPF.asp>, e o programa Photoshop CS4. Esta etapa foi realizada por Renato Matos Petkevicius, que prestou seus serviços gratuitamente em colaboração para o desenvolvimento deste trabalho. As imagens utilizadas foram retiradas da internet e cada uma delas possui a citação de sua fonte. As imagens que não possuem a citação de fonte são as que estão disponíveis em bancos públicos de imagens.

O material didático eletrônico produzido foi disponibilizado aos alunos da graduação logo após o início das aulas da disciplina de Bioética da FOU SP, em uma plataforma de ensino chamada Moodle (Modular Object Oriented Distance LEarnig) - utilizada há alguns anos pela USP - com suporte técnico da equipe da Teleodontologia da FOU SP.

O Moodle é um sistema modular de ensino à distância, criado com a intenção de facilitar o aprendizado em colaboração no ambiente virtual, com base na pedagogia sócio-construtivista. Criado em 2001, hoje o Moodle é uma plataforma de ensino utilizada em mais de 80 países, com distribuição gratuita e facilidade de instalação em diversos ambientes online (Nakamura, 2008).

Portanto, a idéia que serve de base para o Moodle é possibilitar que o aluno atue ativamente na sua aprendizagem, obtendo um significado para o seu novo aprendizado. Permite-se que o aluno analise, investigue, colabore, compartilhe e, finalmente, construa seu conhecimento baseando-se no que já se sabe (Nakamura, 2008, p. 25).

Aos alunos foi explicado que este material foi disponibilizado com o intuito de servir como um material de apoio aos estudos em Bioética, não havendo obrigatoriedade no uso do mesmo. Todos os alunos terão acesso ao material didático eletrônico durante todo o período da graduação.

4.3 Avaliação do Material de Estudos Eletrônico Produzido

Após o final das aulas da disciplina de Bioética e após a divulgação das notas finais, os alunos que utilizaram o material para estudo ou leitura foram convidados a responder um questionário sobre a sua opinião a respeito do conteúdo, abrangência, usabilidade e relevância do material didático eletrônico produzido.

Foi utilizado um questionário semi-estruturado, com perguntas fechadas e perguntas abertas, o qual foi disponibilizado para os alunos tanto via online (na Plataforma Moodle) como em papel impresso (Apêndice A). O questionário só foi aplicado após a sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP - Protocolo 31/11 intitulado “Versão eletrônica dos conceitos bioéticos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo” (Anexo A).

Quanto ao processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, os alunos foram convidados a participar da pesquisa por meio de apresentação oral durante uma das aulas teóricas da disciplina de Bioética. Foi explicado aos alunos que: a) a participação era voluntária; b) não haveria prejuízos ou vantagens na avaliação de desempenho acadêmico pela disciplina; c) o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas estariam garantidos; d) não haveria necessidade de identificação; e) não havia riscos ou desconfortos previstos; f) os alunos poderiam fazer perguntas para solucionar dúvidas com relação à pesquisa a qualquer momento.

Ao final da explicação oral, foi entregue a cada aluno uma cópia impressa de todas as informações passadas pela pesquisadora (Apêndice B), para que eles pudessem levar essa cópia para casa, reler as informações e pensar a respeito. Também foi enviada para o e-mail da classe uma cópia do convite para participar da pesquisa com as explicações acima referidas, afim de que até mesmo os alunos que, por ventura, não estivessem presente no dia da apresentação oral na sala de aula, tivessem acesso ao convite e às informações da presente pesquisa.

Os alunos que se interessaram em participar da pesquisa responderam o questionário disponibilizado na área da disciplina de Bioética na plataforma Moodle ou utilizaram uma cópia impressa do mesmo em sala de aula (ao final da aula), permitindo que o aluno respondesse o questionário no momento e no local que julgou mais adequado. Não houve a necessidade de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado individualmente por cada aluno participante porque a decisão por responder o questionário pôde ser considerada como um consentimento consciente e livre do aluno em participar da pesquisa.

Com relação ao número de alunos convidados a participarem da pesquisa, o limite foi definido pelo número de alunos matriculados na disciplina de Bioética ODS701 curso diurno (85 alunos matriculados) e curso noturno (55 alunos matriculados) somando um total de 140 alunos.

5 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em dois subitens: a) o material de estudos eletrônico desenvolvido; b) a avaliação desse material feita pelos alunos por meio de questionário.

5.1 O Material de Estudos Eletrônico

A apresentação do desenvolvimento do material de estudos eletrônico mostra o caminho percorrido desde a escolha dos temas a serem trabalhados até a apresentação de todo o material produzido aos alunos.

Para visualizar o que está sendo ministrado no âmbito da Bioética nas faculdades de odontologia brasileiras, foi realizada uma busca de todas as faculdades de odontologia reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) no site do Conselho Federal de Odontologia (CFO). Após a relação nominal dessas faculdades, buscou-se no site de cada uma delas informações a respeito do oferecimento ou não de disciplinas com o nome Bioética ou de programas que contemplem conteúdos de Bioética. O resultado dessa busca é representado nos quadros 5.1 a 5.13.

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/horas	Endereço Eletrônico
Faculdade de odontologia da Universidade Pontifícia Católica de Campinas	Bioética e Odontologia Legal	O homem no universo da bioética. A Identidade do desenvolvimento histórico da bioética e as questões sobre a qualidade de vida. Execuções de investigações para a justiça quando investido nas funções periciais, aplicando os conhecimentos adquiridos no Curso de Odontologia.	Não informa	http://www.puc-campinas.edu.br/graduacao/cursos/ementario.aspx?curso=37 [citado 10 fev 2010]
Faculdade de Odontologia da Universidade São Francisco- USF	Estudos do homem contemporâneo	Exame crítico do conhecimento científico e tecnológico. Fundamentos e aplicações da ética, cidadania e responsabilidade social. Problemáticas existenciais, sociais e culturais que a sociedade pós-industrial, de massas e de consumo, coloca para o ser humano. Possíveis respostas a essas problemáticas: a perspectiva religiosa cristã e franciscana, o pensamento ecológico e a justiça social. Objetivos: Desenvolver uma reflexão crítica a respeito do homem contemporâneo e dos desafios que a sociedade e a cultura lhe impõem, nos níveis do conhecimento, da ética, do projeto de vida, dos princípios pessoais de conduta e do exercício da cidadania. Oferecer ao aluno, através da perspectiva teológica e franciscana, valores que possam enriquecer a sua compreensão do mundo e sua atuação nele.	68 horas	http://www.sao-francisco.edu.br/braganca/graduacao/odontologia/FreeComponent586content6018.shtml [citado 10 fev 2010]

Continua...

Continuação

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/ horas	Endereço Eletrônico
Dept. de Odontologia da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	Bioética	Origem e evolução da Bioética. Filosofia; Deontologia médica e ética aplicada. As diferentes concepções de Bioética. A Bioética como disciplina acadêmica, como “saber complexo” e “como movimento cultural”. O princípio da sacralidade da vida. O princípio da qualidade de vida. Bioética das situações cotidianas: exclusão, cidadania, solidariedade e compromisso social. Bioética das situações limites ou de fronteira. Questões do nascimento, da vida, da morte e do morrer (fecundação assistida, clonagem, aborto, pesquisas com seres vivos, projeto genoma, transplantes de órgãos e tecidos, eutanásia). Bioética e pluralismo moral: análise ética das responsabilidades de suspender, alterar e/ou prolongar o curso da vida. Mercado primitivo tecnológico: a compra, a venda e o aluguel de partes do corpo humano. Liberdade científica e responsabilidade científica. Omissão, tolerância e o princípio da radicalidade construtiva.	Não informa	http://www.serverweb.unb.br/matriculaweb/graduacao/disciplina.aspx?cod=170038 [citado 10 fev 2010]
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás- UFG	Bioética	Bioética: apresentação, histórico e conceituação. O modelo Principlista em Bioética. Bioética e Ciências da Saúde. O paciente individual e coletivamente considerado. Relação profissional-paciente: poder técnico versus poder moral. Bioética e Odontologia. A ética da responsabilidade: pública e individual. Saúde Pública e Bioética. A importância do Consentimento Livre e Esclarecido na prática profissional e na pesquisa científica. Ética na Pesquisa Científica envolvendo seres humanos. Elaboração de TCLE (Termo de Consentimento Livre e esclarecido). Análise de protocolos de pesquisa sob o ponto de vista ético.	32 horas	http://www.odonto.ufg.br/?id_pagina=1228998225&site_id=132 [citado 10 fev 2010]

Continua...

Continuação

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/ horas	Endereço Eletrônico
Curso de odontologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul-UFMS	Ética e Bioética	Responsabilidade profissional na ordem jurídica e administrativa. Ética: fundamentos e Código de Ética Odontológica. Histórico e aplicações da Bioética. Bioética Principlista. Pesquisa com seres humanos.	51 horas	http://www.ufms.br/faodo/ementario-curso.pdf [citado 10 fev 2010]
Departamentos de Ciências Odontológicas da Universidade Estadual de Ponta Grossa	Bioética	Estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde considerada à luz de valores e de princípios morais. Análise racional dos problemas morais ligados à biomedicina e de sua conexão com as áreas do direito e das ciências humanas. Origens, difusão e definição da bioética. Princípios da bioética. Modelos bioéticos. Promoção do exercício da cidadania e do respeito à dignidade da pessoa humana: aspectos ético-político-educacionais da normalização e integração da pessoa portadora de necessidades especiais. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ética na pesquisa odontológica. Bioética e suas grandes temáticas. Bioética Clínica: bioética e infecção por HIV, AIDS e Odontologia. Bioética, transplante e doação de órgãos. Bioética e tecnologia.	34 horas	http://www.uepg.br/Catalogo/setor3/odonto.pdf [citado 10 fev 2010]
Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá - UEM	Orientação profissional II	Fundamentos das bases legais e éticas da atuação profissional e dos aspectos psicológicos envolvidos na relação profissional/paciente. (Res. 195/2005-CEP) Objetivos: Compreender a importância e contrastar os conhecimentos básicos de Psicologia para atuação profissional; conhecer os princípios e os fundamentos de legislação, ética, bioética, gerenciamento, marketing e informática para aplicação na prática profissional; interpretar o Código de Ética Odontológico.	85 horas	http://www.pen.uem.br/html/pengraduacao/cursos/odt.pdf [citado 10 fev 2010]

Continua...

Continuação

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/ horas	Endereço Eletrônico
Curso de Odontologia da Universidade Regional Integrada Alto Uruguai e Missões	Bioética na odontologia	O paciente individual e coletivamente considerado: a questão da cidadania e dos direitos humanos. Conhecimento científico e responsabilidade social. A dinâmica do processo saúde-doença; causalidade biológica e não biológica das doenças. A doença como sofrimento, diversidade, perigo, sinal, estímulo. Relações interpessoais: a entrevista inicial. Os princípios básicos da ética profissional: autonomia, beneficência e justiça; a questão do "consentimento informado". Os sentidos e seu papel na relação: olhar, audição, olfato e tato. Conduta profissional: padrão, limites e referências. Aspectos sócio-culturais e psicodinâmicos na relação profissional-paciente: as questões da dor; submissão e poder; ansiedade e medo; tolerância e responsabilidade; compreensão e solidariedade; segurança e arrogância. Conteúdo: Bioética: apresentação e introdução à epistemologia da disciplina. A Bioética e a relação profissional-paciente. A corrente "principalista" e a bioética. O papel social do cirurgião-dentista na relação com o paciente e a coletividade. A ética da responsabilidade pública (do Estado) e a questão da cidadania/ direitos humanos. Os porões da modernidade: a realidade sanitária-social no mundo de hoje. Código de Ética em Odontologia: documento oficial do Conselho Federal de Odontologia. Discussão e análise do "Código" à luz da Bioética. Pesquisa com seres humanos e a questão da autonomia dos sujeitos sociais. Análise da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Papel da CONEP. Papel dos CEP institucionais Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Odontologia e AIDS. Erro médico e erro odontológico. Apresentação de casos clínicos.	Não informa	http://www.uri.com.br/cursos/informacao.php?default=graduate.php&cod=48 [citado 10 fev 2010]

Continua...

Continuação

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/ horas	Endereço Eletrônico
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	Odontologia Preventiva II	Aplica os conhecimentos da filosofia da promoção de saúde, enfatizando a saúde bucal, em atividades clínicas, norteadas por noções de Bioética e ergonomia aplicadas a odontologia, aplicando na recepção e atendimento do paciente com ênfase ao modelo de saúde vigente em clínica pública e privada.	60 horas	http://www.ufpe.br/proacad/images/cursos_ufpe/odontologia_perfil_6404.pdf [citado 10 fev 2010]
Curso de Odontologia da Universidade - UNIG	Bioética Disciplina optativa	Estudo da Bioética. Movimentos da teoria móvel ao longo da história. Princípios básicos da Bioética. Indissociabilidade entre a verdade e o bem. Éticas sociais, religiosas e seculares. Comitê de Ética. Objetivos: Conceituar Bioética; Relacionar saúde/ cidadania; Definir os princípios da bioética.	60 horas	http://www.unig.br/facbs/odontologia/matcurrodonto.pdf [citado 10 fev 2010]
Curso de Odontologia do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA	Humanização e saúde	Teorias da personalidade. Sistemas políticos vigentes no Brasil. Modelos de atenção em saúde. Odontologia e profissão. Desenvolvimento humano e a odontologia. Dinâmica familiar no atendimento odontológico. Medo. Políticas de saúde. Ética profissional. Bioética. Ética profissional em odontologia. Programa de saúde da família no Brasil. Vigilância sanitária.		http://www.unifra.br/Graduacao/grad_disciplinas.asp?VarCodigo=315&fig=../Graduacao/img/odonto.gif [citado 10 fev 2010]

Continua...

Continuação

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/horas	Endereço Eletrônico
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL	Filosofia e Ética na Odontologia	Unidade de Filosofia e Ética na Odontologia: A unidade abrange os conhecimentos referentes a atitude filosófica, a filosofia e a ciência, antropologia filosófica e cultura, moral e ciência, a questão dos valores e o relativismo ético, a ética, poder e política, liberdade e Direitos Humanos. A Bioética: Fundamentos teóricos e questões práticas relevantes: aborto, eugenia, eutanásia, clonagem, manipulação genética, pré-seleção de sexo e Situações e conflitos éticos na prática odontológica.	30 horas	http://www.fo.ufpel.com.br/inicio.php?area=colegiado3 [citado 10 fev 2010]
Curso de Odontologia da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC	Odontologia Legal	Mercado de trabalho, aspectos éticos e legais. Relacionamento do profissional com os colegas, órgão de classe, deveres e direitos. Capacitar o profissional a discernir e aplicar os princípios da legislação civil e penal e as implicações técnicas na área da perícia pública e privada e na conservação dos seus direitos e deveres profissionais, incluindo, para isso, o ensino da legislação pertinente tanto civil como administrativa e dos técnicos odontológicos vigentes. Ética profissional odontológica e código. Responsabilidade ético-profissional. Infrações. Conselhos em Odontologia. Exercício ético-legal da profissão. Defesa do consumidor. Introdução a bioética. Ética na pesquisa odontológica. Orientação profissional. Planejamento do consultório odontológico. Instalação do consultório odontológico. Organização e administração. Relações humanas. Pessoal auxiliar em odontologia. Doenças ocupacionais.	Não informa	http://www.uniplac.net/cursos/graduacao.php [citado 10 fev 2010]

Continua...

Conclusão

Faculdade	Disciplina	Ementa/ Programa	Carga/ horas	Endereço Eletrônico
Curso de Odontologia da Universidade Regional de Blumenau - FURB	Odontologia legal, Deontologia e Bioética	Noções fundamentais de ética profissional das obrigações e dos direitos a que os cirurgiões dentistas estão sujeitos no exercício da profissão perante às leis civil, penal e trabalhista, bem como das normas regulamentares baixadas pelos Conselhos Federal e Regional de Odontologia. Conhecimentos elementares e indispensáveis para que o cirurgião-dentista, investido nas funções periciais, possa colaborar com a justiça. Estudos sistemáticos da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde examinada à luz dos valores e princípios da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça.	36 horas	http://www.furb.br/site/arquivos/546919395410/Odontologia%20Semi%20Integral%202001%201.PDF [citado 10 fev 2010]
Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes -Unit	Saúde Coletiva III	O processo de saúde-doença nas populações, estudos epidemiológicos, investigações científicas relacionadas, Ética e Bioética. Estudo do processo saúde-doença nas populações e seus determinantes, com ênfase nas principais metodologias aplicadas a estudos epidemiológicos, planejamento em saúde e vigilância sanitária e epidemiológica, com participação em atividades de educação e saúde e investigações científicas relacionadas.	80 horas	http://www.unit.br/arquivos/gradua%C3%A7%C3%A3o/Odontologia_Bac_Ementas.pdf [citado 10 fev 2010]

Quadro 5.1 – Faculdades de Odontologia no Brasil que oferecem conteúdos de Bioética e as informações a respeito desse oferecimento

Segundo o projeto pedagógico da FOUSP, o objetivo do curso é “[...] diplomar um Cirurgião-Dentista com formação crítica, autocrítica, humanística, ética e científica.” (FOUSP, 2011a). A formação ética e humanística é reconhecidamente essencial para o profissional de saúde, pois as inúmeras relações interpessoais decorrentes do exercício da profissão exigem adequado preparo em áreas das ciências humanas. Ainda segundo o projeto pedagógico, a formação ética e humanística (FOUSP, 2011a):

Deverá propiciar a adequada postura profissional que refletirá nas atitudes do futuro Cirurgião-Dentista na sociedade e na sua vida associativa. A aplicação dos conhecimentos preventivos de saúde bucal, a participação em programas de educação continuada e de investigações científicas, respeitando-se os princípios da bioética, buscará soluções para os problemas de saúde bucal relacionados às necessidades da comunidade. Deverá, também, desenvolver a conduta ética profissional e estabelecê-la solidamente para sua aplicabilidade em todos os aspectos da futura vida profissional, demonstrando ser esse o caminho para o engrandecimento, respeito e existência digna da profissão na sociedade brasileira.

Durante o estágio de doutorado na Universidade Católica Portuguesa (UCP), observou-se que as disciplinas de Bioética ministradas aos cursos de enfermagem e psicologia possuem uma carga horária de 45 horas de aula e trabalham os seguintes temas (informação pessoal)⁴:

- a) Bioética, origens e percursos;
- b) Bioética, princípios e fundamentos;
- c) Ética e Saúde Pública: justiça distributiva, equidade do acesso e prioridades na saúde;
- d) Relação profissional de saúde/paciente; privacidade e confidencialidade; consentimento informado;
- e) Novos desafios à Bioética: ética e ambiente, organismos geneticamente modificados e nanotecnologia;
- f) Bioética e início da vida humana: estatuto do embrião humano; procriação medicamente assistida;
- g) Ética e pediatria;
- h) Clonagem e investigação com células estaminais;
- i) Vulnerabilidade do fim da vida: doenças terminais, cuidados paliativos, eutanásia e suicídio assistido;
- j) Ética, investigação científica em animais e seres humanos e ensaios clínicos;
- l) Ética e saúde mental.

⁴ Carvalho AS, Araújo J, Vasconcelos S. Projeto de investigação científica: Por uma formação ética na fronteira das ciências da vida: estratégias e instrumentos. Comunicação pessoal.

Baseado nas informações do objetivo da disciplina de Bioética da FOU SP (ODS701), na carga horária destinada à mesma, no projeto pedagógico da instituição e na experiência adquirida no estágio no exterior, optou-se pela seleção dos temas e conteúdos apresentados a seguir.

Para cada tema, realizou-se uma breve revisão de literatura, a qual compôs o que chamamos de *referencial acadêmico*. O conteúdo de tal referencial acadêmico foi trabalhado de modo que a linguagem, caracteristicamente formal, fosse adequada para uma linguagem mais próxima de um diálogo com o aluno de graduação. O texto resultante dessa adequação foi chamado de *texto em linguagem didática*. O texto em linguagem didática e outros elementos (como figuras e imagens) foram trabalhados em programa computacional específico (como explicado anteriormente no capítulo Materiais e Método), resultando no que chamamos de *texto em formato eletrônico*.

Dessa forma, cada tema apresentará a seqüência de seu texto de referencial acadêmico, seu texto em linguagem didática e uma ilustração representativa de seu texto em formato eletrônico.

5.1.1 Breve histórico da bioética

5.1.1.1 referencial acadêmico

O termo *Bioética* começou a ser usado por volta de 1970, mas a reflexão sobre dilemas bioéticos já acontecia há muito tempo. Não existe um consenso sobre um marco que definisse o surgimento da Bioética como nova disciplina, mas temos um conjunto de acontecimentos que favoreceram o seu surgimento. Esses acontecimentos estão relacionados basicamente com as experimentações com seres humanos e com uso de tecnologia na medicina.

Alguns casos de abusos em pesquisas começaram a ser denunciados e publicados na mídia, gerando polêmica na população. Entre os anos de 1956 e 1970, 700 crianças com deficiência mental foram infectadas propositadamente com o

vírus de hepatite na escola Willowbrook State School, Estados Unidos. A pesquisa tinha como objetivo estudar a profilaxia contra a hepatite. Os pais que não assinassem a ficha de consentimento para que seus filhos participassem da pesquisa não teriam mais a aceitação dos filhos nessa escola. Como era muito rara a existência de escolas para crianças com deficiências mentais, tal proposta era de difícil decisão (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

Em um estudo sobre sífilis que durou de 1932 a 1972, em Tuskegee, Estados Unidos, 600 homens negros foram selecionados para participar da pesquisa, que pretendia estudar como a doença progredia quando não era tratada. Destes 600 homens, 201 faziam parte do grupo controle e não possuíam a doença; os outros 399 eram portadores de sífilis e permaneceram sem informação sobre este fato. Durante os 40 anos do experimento, esses homens não receberam nenhum tipo de tratamento e nem informação, mesmo depois da descoberta da penicilina. A revista Washington Star publicou o caso em 1972, o que levou o Departamento de Saúde a impedir a continuidade da pesquisa e determinou que a comunidade científica não poderia se sobrepor aos direitos individuais e não regulamentaria sozinha o desenvolvimento científico (Sakaguti, 2007; Costa, 2008; Lucato; Ramos, 2009).

No continente europeu também encontramos casos abomináveis de experimentos em seres humanos que foram realizados nos campos de concentração nazistas. Alguns experimentos não tinham caráter terapêutico, apenas objetivavam conhecer as reações do corpo humano frente a situações extremas: como os experimentos realizados em grandes altitudes, para avaliar as conseqüências das variações de pressão atmosférica, experimentos sobre congelamento e calor intenso, sobre o sono, inalação de gases e outros (Sakaguti, 2007; Costa, 2008). Experimentos com finalidades terapêuticas também foram realizados, como o transplante de órgãos entre vivos (sem a real necessidade de realização), injeções de vacinas, hormônios, tratamento de feridas (provocadas) etc (Sakaguti, 2007; Costa, 2008).

Com o final da Segunda Guerra, essas atrocidades cometidas em nome da ciência causaram indignação mundial e foi realizado, na cidade de Nuremberg, um julgamento para punir os responsáveis pelas experimentações e crimes de guerra. O Tribunal Militar internacional (composto em sua maioria por norte-americanos), que julgou os médicos e cientistas nazistas, elaborou em 1947, o primeiro documento

internacional que regulamenta a pesquisa em seres humanos, o chamado Código de Nuremberg (Sakaguti, 2007; Costa, 2008; Lucato; Ramos, 2009).

O Código de Nuremberg estabelece a voluntariedade nas pesquisas em seres humanos: os participantes não podem ser obrigados ou coagidos a participar de qualquer pesquisa. Além disso, é preciso esgotar todas as análises possíveis em laboratórios e animais antes de realizar experimentos em seres humanos (Sakaguti, 2007). Outros aspectos contemplados neste documento serão discutidos mais adiante.

Com relação ao avanço da tecnologia na medicina, o desenvolvimento de medicamentos (como a penicilina e a estreptomicina) e aparelhos (como aparelhos ressuscitadores, respiração artificial) permitiu a cura ou estabilização de várias doenças, mas trouxeram questões como: até onde seria possível utilizar essas técnicas para salvar vidas? E quem permanecia vivo apenas com ajuda de aparelhos, deveria ser interrompido o tratamento? Quando?

Nos Estados Unidos, por volta de 1962, a existência de um único aparelho de hemodiálise para atender muitos pacientes gerou uma grande dúvida: quem teria prioridade ao tratamento? Que critérios usar para selecionar os pacientes? Na época, foi organizado um comitê para decidir quem seria submetido ao tratamento e este comitê era formado por um médico, uma dona de casa, um bancário, um advogado, um pastor, um funcionário público e um sindicalista, já que os médicos verificaram que não poderiam resolver esse dilema sozinhos. Os critérios para seleção dos pacientes baseavam-se na idade do paciente, sexo, renda, grau de instrução, número de dependentes, ocupação e outras características (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

Na utilização das técnicas de transplante de órgãos também surgiram questionamentos éticos. Quando o transplante é realizado entre vivos (como no caso dos rins) não havia muita discussão, mas quando o transplante envolvia órgãos como o coração, quando se poderia considerar que o doador estava realmente morto? A determinação da morte cerebral ou da falência do coração passou a ser debatida (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

A tecnologia também influenciou a relação médico-paciente. Os médicos passaram a dar mais importância aos dados apresentados pelos exames e dar menos atenção às informações dadas pelos pacientes. Houve diminuição da

comunicação entre médico e paciente e a confiança entre ambos foi prejudicada (Lucato; Ramos, 2009).

Com todos esses acontecimentos precisando urgentemente de respostas ou posicionamentos, surgiram grupos de estudiosos que se propunham a discutir e refletir sobre diversos temas. Foi assim que surgiram os primeiros “institutos” de bioética. O primeiro instituto que levava o termo *Bioética* em seu nome foi o *Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics*, nos Estados Unidos, em 1971, fundado pelo ginecologista e obstetra holandês André E Hellegers. Hellegers pretendia dedicar-se ao estudo interdisciplinar em medicina, ética e movimentos sociais, por isso optou pelo termo *Bioética* (Sakaguti, 2007; Costa, 2008).

Mesmo após a elaboração do Código de Nuremberg, ainda havia escândalos de abusos em pesquisas com seres humanos, principalmente nos Estados Unidos. Tal fato levou a Associação Médica Mundial a elaborar, em 1964, um documento de caráter normativo e deontológico que tratava do exercício da medicina e das pesquisas biomédicas (Sakaguti, 2007; Costa, 2008).

Na época de 1970, o Brasil passava por um regime político que causava grandes restrições à liberdade e à democracia. Logo depois, nos anos 80, houve o movimento chamado “Diretas Já”, que reivindicou eleições diretas para presidente da república e, no fim, conseguiu redemocratizar as eleições. Isso suscitou muitas discussões e debates em toda sociedade (Hossne; Albuquerque; Goldim, 2007).

Também na década de 80, a Constituição de 1988 implementou o SUS (Sistema Único de Saúde), criou conselhos de controle social, como o Conselho Nacional de Saúde, o que estimulou grande movimentação social. Em 1988 também foram estabelecidas as primeiras normas brasileiras de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, representando o resultado da movimentação bioética de médicos, pesquisadores e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram criados os primeiros Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com a implementação da lei 1/88. (Sakaguti, 2007).

No entanto, a lei 1/88 precisou ser reformulada, pois não conseguiu atender todas as necessidades encontradas nas pesquisas com seres humanos. Então, em 1996, o Conselho Nacional de Saúde promulga a Resolução 196/96, que estabelece normas para a realização de pesquisas, mostrando preocupação com a proteção dos sujeitos de pesquisa, com o consentimento voluntário, com o uso de

informações vindas de prontuários médicos, etc. Essa Resolução foi o resultado de uma ação conjunta entre o governo e a sociedade civil (Sakaguti, 2007; Ramos, 2007).

Em 1992, surge no Brasil a Sociedade Brasileira de Bioética, responsável por disseminar a discussão bioética no Brasil e, desde então, a Bioética vem crescendo e se perpetuando nas mais diversas áreas, principalmente no ensino em áreas da saúde (Hossne; Albuquerque; Goldim, 2007).

5.1.1.2 texto em linguagem didática

Como surgiu a Bioética?

Não existe um consenso sobre um marco que definisse o surgimento da Bioética como nova disciplina, mas há um conjunto de fatores que favoreceram seu surgimento. Esses fatores estão inseridos basicamente na experimentação com seres humanos e no uso de tecnologia na medicina.

O termo Bioética começou a ser usado por volta de 1970, mas a reflexão sobre dilemas bioéticos já acontecia muito antes.

As pesquisas com seres humanos...

Muitos casos de abusos em pesquisas com seres humanos começaram a ser denunciados e publicados na mídia, gerando impacto na população.

Entre os anos de 1956 e 1970, 700 crianças com deficiência mental foram infectas propositadamente com o vírus de hepatite na escola Willowbrook State School, Estados Unidos. A pesquisa tinha como objetivo estudar a profilaxia contra a hepatite e os pais que não assinassem a ficha de consentimento não teriam mais a aceitação de seus filhos na escola.

Em um estudo sobre sífilis, que durou de 1932 a 1972, em Tuskegee, Estados Unidos, 600 participantes negros foram selecionados para participar da pesquisa, que pretendia estudar como a doença progredia quando **não** era tratada.

Destes 600 homens, 201 faziam parte do grupo controle e não possuíam a doença; os outros 399 eram portadores de sífilis e permaneceram sem informação sobre este diagnóstico. Durante os 40 anos do experimento, esses homens não receberam nenhum tipo de tratamento e nem informação, mesmo depois da descoberta da penicilina. A revista Washington Star publicou o caso em 1972, o que levou o Departamento de Saúde a impedir a continuidade da pesquisa e determinou que a comunidade científica não poderia se sobrepor aos direitos individuais e não regulamentaria sozinha o desenvolvimento científico.

No continente europeu também encontramos casos abomináveis de experimentos em seres humanos, que foram realizados nos campos de concentração nazistas. Alguns experimentos não tinham caráter terapêutico, apenas objetivavam conhecer as reações do corpo humano frente a situações extremas, como os experimentos realizados em grandes altitudes, para avaliar as consequências das variações de pressão atmosférica, experimentos sobre congelamento e calor intenso, sobre o sono, inalação de gases e outros. Experimentos com supostas finalidades terapêuticas também foram realizados, como o transplante de órgãos entre vivos (sem a real necessidade de realização), injeções de vacinas, hormônios, tratamento de feridas (provocadas) etc.

Com o final da Segunda Guerra, essas atrocidades cometidas em nome da ciência causaram indignação mundial e foi realizado, na cidade de Nuremberg, um julgamento para punir os responsáveis pelas experimentações e crimes de guerra. O Tribunal Militar internacional (composto em sua maioria por norte-americanos), que julgou os médicos e cientistas nazistas, elaborou em 1947, o primeiro documento internacional que regulamenta a pesquisa em seres humanos, o chamado **Código de Nuremberg**.

O Código de Nuremberg estabelece a **voluntariedade** nas pesquisas em seres humanos: os participantes não podem ser obrigados ou coagidos a participar de qualquer pesquisa. Além disso, é preciso esgotar todas as análises possíveis em laboratórios e animais antes de realizar experimentos em seres humanos. Outros aspectos contemplados neste documento serão discutidos mais adiante.

O avanço da tecnologia na medicina...

Com relação ao avanço da tecnologia na medicina, o desenvolvimento de medicamentos (como a penicilina e a estreptomicina) e aparelhos (como aparelhos ressuscitadores, respiração artificial) permitiram a cura ou estabilização de várias doenças, mas trouxeram questões como:

- Até onde seria possível utilizar essas técnicas para salvar vidas?
- E quem permanecia vivo apenas com ajuda de aparelhos, deveria ser interrompido o tratamento? Quando?

Nos Estados Unidos, por volta de 1962, a existência de um **único** aparelho de hemodiálise gerou uma grande dúvida: quem teria prioridade ao tratamento? Que critérios usar para selecionar os pacientes?

Na época, foi organizado um comitê para decidir quem seria submetido ao tratamento e este comitê era formado por um médico, uma dona de casa, um bancário, um advogado, um pastor, um funcionário público e um sindicalista. Isto porque os médicos verificaram que não poderiam resolver este dilema sozinhos. Os critérios baseavam-se na idade do paciente, sexo, renda, grau de instrução, número de dependentes, ocupação e outros.

As técnicas de transplante de órgãos também contribuíram para questionamentos éticos. Quando o transplante era realizado entre vivos, como no caso dos rins, não havia muita discussão. Mas, quando o transplante envolvia órgãos como o coração, a dúvida era sobre em que momento considerar que o doador estava morto. A determinação da morte cerebral ou da falência do coração passa a ser debatida.

A tecnologia também influenciou a relação médico-paciente. Os médicos passaram a confiar mais nos dados apresentados pelos exames e dar menos atenção às informações apresentadas pelos pacientes. A comunicação entre médico e paciente ficou escassa e a confiança diminuiu.

Com todos esses questionamentos precisando urgentemente de respostas ou posicionamentos, surgiram grupos de estudiosos que se propunham a discutir e refletir sobre diversos temas, o que culminou na formação de “Institutos de Bioética”.

No Brasil

Em 1988 foram estabelecidas as primeiras normas brasileiras de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o que representa o resultado da movimentação bioética de médicos, pesquisadores e do Conselho Nacional de Saúde. Foram criados os primeiros comitês que avaliavam os aspectos éticos das pesquisas com a instituição da Resolução 1/88.

Em 1992, surge no Brasil a Sociedade Brasileira de Bioética, uma das responsáveis por disseminar a discussão bioética no país.

A Resolução 1/88 precisou ser reformulada, pois não conseguiu atender todas as necessidades encontradas nas pesquisas com seres humanos. Então, em 1996, o Conselho Nacional de Saúde promulga a **Resolução 196/96**, que estabelece normas para a realização de pesquisas, mostrando preocupação com a proteção dos sujeitos de pesquisa, com o consentimento voluntário, com o uso de informações vindas de prontuários médicos, etc. Essa Resolução foi o resultado de uma ação conjunta entre o governo e a sociedade civil e é discutida com mais detalhes em outro capítulo.

Desde então, as discussões, as reflexões, as pesquisas, o ensino em bioética vêm crescendo e se difundindo por todo o país. Apesar do crescimento rápido, ainda é um tema muito restrito à elite acadêmica. É preciso fazer com que a Bioética entre na vida dos cientistas, dos políticos, dos administradores, empresários, alunos e professores, profissionais de saúde, engenheiros, sociólogos, crianças e adolescentes, adultos e idosos, agricultores, trabalhadores, donas de casa, enfim, a toda e qualquer pessoa.

Firefox

Flash Page Flip

+

http://www.teledonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

⏮

⏪

⏩

⏭

🔍

🔊

🔄

🏠

🌐

whit

✖

🔍

🏠

🌐

Como surgiu a Bioética?

Não existe um consenso sobre um marco que defina o surgimento da Bioética como nova disciplina, mas há um conjunto de fatores que favoreceriam seu surgimento. Esses fatores estão ligados basicamente na experimentação com seres humanos e no uso de tecnologia na medicina.

O termo Bioética começou a ser usado por volta de 1970, mas a reflexão sobre dilemas bioéticos já acontecia muito antes.

As pesquisas com seres humanos...

Muitos casos de abusos em pesquisas com seres humanos começaram a ser denunciados e publicados na mídia, gerando impacto na população.

Entre os anos de 1955 a 1970, 700 crianças com deficiência mental foram infectadas propositalmente com o vírus da hepatite na escola Willowbrook State School, Estados Unidos. A pesquisa tinha como objetivo estudar a profilaxia contra a hepatite e os pais que não assinassem a ficha de consentimento não teriam mais a aceitação de seus filhos na escola.

Em um estudo sobre sífilis, que durou de 1932 a 1972, em Tuscegeto, Estados Unidos, 600 participantes negros foram selecionados para participar da pesquisa, que pretendia estudar como a doença progredia quando **não** era tratada. Destes 600 homens, 201 faziam parte do grupo controle e não possuíam a doença, os outros 399 eram portadores da sífilis e já tinham sido informados sobre o objetivo da pesquisa, mas não receberam nenhum tipo de tratamento e nem informação, mesmo depois da descoberta da penicilina. A revista Washington Star publicou o caso em 1972, o que levou o Departamento de Saúde a impedir a continuidade da pesquisa e determinou que a comunidade científica não poderia se sobrepor aos direitos individuais e não regulamentar a pesquisa o desenvolvimento científico.

FILE: JAMES HANCOCK/SHUTTERSTOCK.COM

No continente europeu também encontramos casos abomináveis de experimentos em seres humanos, que foram realizados nos campos de concentração nazistas. Alguns experimentos não tinham caráter terapêutico, apenas objetivavam conhecer as reações do corpo humano frente a situações extremas, como os experimentos realizados em grandes altitudes, para avaliar as consequências das variações da pressão atmosférica, experimentos sobre congelamento e calor intenso, sobre o sono, inalação de gases e outros. Experimentos com supostas fraturas terapêuticas também foram realizados, como o transplante de órgãos entre vivos (sem a real necessidade de realização) injeções de venenos, hormônios, tratamento de feridas (provocadas) etc.

FILE: ANSA/REUTERS

Com o final da Segunda Guerra, essas atrocidades cometidas em nome da ciência causaram indignação mundial e foi realizado, na cidade de Nuremberg, um julgamento para punir os responsáveis pelas experimentações e crimes da guerra.

O Tribunal Militar Internacional (composto em sua maioria por norte-americanos), que julgou os médicos e cientistas nazistas, elaborou em 1947, o primeiro documento internacional que regulamenta a pesquisa em seres humanos, o chamado **Código de Nuremberg**.

FILE: RUPRECHT/REUTERS

O Código de Nuremberg estabeleceu a **voluntariedade** nas pesquisas em seres humanos, os participantes não podem ser obrigados ou coagidos a participar de qualquer pesquisa. Além disso é preciso seguir todas as análises possíveis em laboratório e animal antes de realizar experimentos em seres humanos. Outros aspectos contemplados neste documento serão discutidos mais adiante.

FILE: WIKIMEDIA COMMONS

FlashPageFlip.com

8/9

go to page

⏮

⏪

⏩

⏭

Quadro 5.2 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Como surgiu a Bioética”

5.1.2 Modelos de bioética

5.1.2.1 referencial acadêmico

Se os questionamentos são quase universais, os estudos em Bioética mostram-se diversificados. Na tentativa de fornecer uma correta orientação para as ações humanas, teve início a teorização dos dilemas éticos, a fim de compreender as novas realidades que surgiam com os avanços tecnológicos e para formular critérios de avaliação do agir moral (Neves; Osswald, 2007). Com isso, alguns modelos foram propostos e seguidos.

Os modelos bioéticos visam melhorar a vida das pessoas e da sociedade por meio de um conjunto de propostas de intervenção fundamentadas na sua natureza e finalidade (Neves; Osswald, 2007). Para formular propostas de melhoria, primeiramente é preciso estudar a realidade e as modificações moldadas pela biotecnologia. “Os modelos teórico-práticos da bioética, consistem, pois, em sistemas amplos e coerentes de enunciados explicativos da realidade [...]” (Neves; Osswald, 2007, p. 82).

Há muitos modelos propostos, como por exemplo: modelo sócio-biológico, modelo liberal-radical, modelo pragmático-utilitarista, contratualismo, modelo fenomenológico, etc. Neste estudo, os modelos bioéticos de maior interesse são: Modelo Principlista e o Modelo Personalista, que serão discutidos a seguir.

5.1.2.1.1 *modelo principlista*

Os autores de referência do Modelo Principlista são Beauchamp e Childress, os quais se basearam no Relatório Belmont e em seu livro *Princípios de Ética Biomédica* para desenvolver o pensamento Principlista.

Beauchamp e Childress, com um olhar especial para a prática médica, desenvolveram os seguintes princípios: autonomia, beneficência e não-maleficência, justiça.

A autonomia refere-se à capacidade de autodeterminação da pessoa, ou seja, à capacidade de decidir o que é melhor para si e de defender seus interesses. Por algum período ou por toda a vida, a pessoa pode estar com sua autonomia reduzida, o que significa que sua capacidade de refletir sobre o qual a melhor decisão a ser tomada fica comprometida. Nesse modelo, o respeito à pessoa é traduzido pelo respeito à sua autonomia e quem estiver com a sua autonomia reduzida deverá ser protegido (Lucato; Ramos, 2009).

O princípio da Beneficência (ou Beneficência e não-Maleficência): significa promover o máximo de benefício possível, reduzindo os riscos e não causando danos, malefícios. O princípio da justiça consiste na distribuição apropriada dos recursos, dos benefícios e dos riscos (Lucato; Ramos, 2009).

Beauchamp e Childress não pretendiam estipular normas inflexíveis por meio dos princípios, mas sim fornecer linhas guias de orientação para interpretar e solucionar dilemas clínicos. “Beauchamp define princípio como um padrão de conduta fundamental do qual outros (padrões morais e de julgamento) dependem. Os princípios isolados não são base de fundação para justificar regras ou julgamentos.” (Lucato; Ramos, 2009, p. 29).

Este modelo pode não ser considerado o mais completo e adequado para uma discussão global de bioética, ou seja, além dos problemas biomédicos, mas foi muito importante para servir de base para outros modelos e documentos, como é o caso da Resolução 196/96 que regulamenta a experimentação com seres humanos no Brasil (Lucato; Ramos, 2009).

O modelo principialista, mesmo sendo o mais conhecido e utilizado, não deixou de sofrer muitas críticas. A principal crítica está na ausência de fundamento, pois falta ser preciso a respeito do que é realmente mal ou bem para um paciente, como por exemplo: para um recém-nascido com doença congênita grave, é melhor assisti-lo ou deixá-lo morrer? (Sgreccia, 1996).

Ainda mais: que hierarquia seguir sobre os princípios? A autonomia prevalece sobre a beneficência ou a beneficência prevalece sobre a autonomia do sujeito? Para conciliar esses dois princípios é preciso encontrar um ponto real do verdadeiro bem da pessoa, o qual não é abordado neste modelo (Sgreccia, 1996).

5.1.2.1.2 modelo personalista

O autor de referência para este modelo é Elio Sgreccia, o qual se baseou na pessoa humana como ponto de referência para fundamentar este modelo.

O modelo personalista afirma que a pessoa é uma unidade de corpo e espírito, único ser capaz de refletir sobre si e de projetar um futuro. A pessoa é capaz de captar e descobrir o sentido das coisas, da vida; exerce sua razão e sua liberdade conscientemente (Sgreccia, 1996).

A pessoa é considerada uma UNITOTALIDADE, o que significa que cada pessoa é uma unicidade de corpo e espírito e uma totalidade de todas as suas dimensões: física, espiritual, social, econômica, psicológica (Sgreccia, 1996).

A pessoa é a medida para determinarmos o que é lícito e o não-lícito, desde o momento de sua concepção até o momento de sua morte, independentemente de suas condições físicas, econômicas, sociais e morais (Sgreccia, 1996).

Este modelo é o modelo de referência para a disciplina de Bioética da FOU SP.

5.1.2.2 texto em linguagem didática

Modelos de Bioética

As perguntas que fazemos aos problemas podem ser quase iguais para todo mundo, mas as tentativas de respondê-las apresentam caminhos muito diversos.

Exemplo: *O que é liberdade pra você?*

Resposta 1: Liberdade é poder fazer o que bem entender, sem nenhuma forma de restrição.

Resposta 2: Liberdade é fazer o que quiser desde que não interfira na liberdade dos outros.

Se a liberdade corresponder ao conceito da resposta 1, então nenhum indivíduo poderá ser responsabilizado por qualquer ato que praticar (mesmo homicídios, roubos) porque estará exercendo um direito seu, o de ser livre.

Se a liberdade corresponder ao conceito da resposta 2, então teremos um confronto de forças: a minha liberdade vai até onde começa a do outro; se o outro é um país forte, como uma grande potência mundial, e eu sou um país mais fraco, como muitos países em desenvolvimento, a minha liberdade não vai muito longe. É a força de cada um que determina o tamanho da liberdade.

Como equacionar este e outros dilemas entre os povos e as pessoas da melhor maneira possível? Para compreender melhor o problema e tentar solucioná-lo, passou-se a teorizar os dilemas éticos, numa tentativa de fornecer as melhores orientações para as ações humanas.

Esses estudos possuem critérios de avaliação de valores muito diversificados e, por isso, dentro da Bioética, encontramos diferentes correntes de pensamentos, que são chamadas de Modelos Bioéticos.

Os Modelos Bioéticos visam melhorar a vida das pessoas e da sociedade, sugerindo propostas de intervenção fundamentadas na realidade e em valores.

Neste momento, os Modelos Bioéticos de maior interesse para nós são: Modelo Principlista e o Modelo Personalista, que serão discutidos a seguir.

Modelo Principlista

Seus autores de referência são Beauchamp e Childress, os quais se basearam no Relatório Belmont e em seu livro *Princípios de Ética Biomédica*.

Beauchamp e Childress, com um olhar especial para a prática médica, desenvolveram os seguintes princípios:

- **Autonomia:** refere-se à capacidade de autodeterminação da pessoa, ou seja, à capacidade de decidir o que é melhor para si e de defender seus interesses.

Autonomia reduzida: por algum período ou por toda a vida, a pessoa pode estar com sua autonomia reduzida, o que significa que sua capacidade de refletir sobre o qual a melhor decisão a ser tomada fica comprometida.

Nesse modelo, o respeito à pessoa é traduzido pelo respeito à sua autonomia e quem estiver com a sua autonomia reduzida deverá ser protegido.

- **Beneficência** (ou Beneficência e não-Maleficência): significa promover o máximo de benefício possível, reduzindo os riscos e não causando danos, malefícios.
- **Justiça**: consiste na distribuição apropriada dos recursos, dos benefícios e dos riscos.

Os princípios isolados não são base para justificar qualquer julgamento, pois são dependentes um do outro.

Beauchamp e Childress não pretendiam estipular normas inflexíveis por meio dos princípios, mas sim fornecer linhas guias de orientação para interpretar e solucionar dilemas clínicos (Lucato; Ramos, 2009).

Este modelo é um dos mais difundidos e foi muito importante para servir de base para declarações e documentos nacionais e internacionais, como é o caso da Resolução 196/96 (Brasil, 1996) que regulamenta a experimentação com seres humanos no Brasil.

Mesmo assim, o Modelo Principlista não deixou de sofrer críticas. A principal delas, segundo Sgreccia, seria a falta de fundamento, ou seja, falta ser preciso a respeito do que é realmente mal ou bem para uma pessoa, como por exemplo: para um recém-nascido com doença congênita grave, é melhor assisti-lo ou deixá-lo morrer?

Ainda mais: como ordenar e hierarquizar os princípios? A autonomia prevalece sobre a beneficência ou a beneficência prevalece sobre a autonomia do sujeito? O médico deve fazer a vontade do paciente, mesmo sabendo que a vontade do paciente provocará um malefício, ou deve insistir na beneficência e ir contra a vontade do paciente?

Modelo Personalista

O autor de referência para este modelo é Elio Sgreccia (1996), o qual se baseou na pessoa humana como ponto de referência para fundamentar este modelo.

O modelo personalista afirma que a pessoa é uma unidade, de corpo e espírito, que vale por aquilo que é e não pelas escolhas que faz. A pessoa é capaz

de captar e descobrir o sentido das coisas, da vida; exerce sua razão e sua liberdade conscientemente.

A pessoa é considerada uma UNITOTALIDADE, o que significa que cada pessoa é uma unicidade de corpo e espírito e uma totalidade de todas as suas dimensões: física, espiritual, social, econômica, psicológica.

O valor de cada pessoa é a medida para determinarmos o que é lícito e não-lícito, desde o momento de sua concepção até o momento de sua morte, independentemente de suas condições físicas, econômicas, sociais e morais.

O que fazer com os princípios?

Os princípios são ferramentas que nos auxiliam no processo da escolha, da decisão. Mas não devem ser encarados como uma receita de bolo e muito menos nos darão respostas prontas.

Os princípios facilitam a orientação do nosso raciocínio a cada passo no reconhecimento da realidade, no conhecimento do homem, mas os princípios só poderão exercer essa função se tivermos baseados em um fundamento.

Exemplificando: os princípios podem ser comparados às placas de orientação de uma estrada. As placas orientam para vários caminhos, mas para segui-las, é preciso saber aonde se quer chegar.

Se eu tomo decisões sem ter definido uma finalidade, um sentido, um por que, é como se eu seguisse placas na estrada sem destino, dando voltas sem chegar a lugar algum.

Quando reconheço o fundamento que alicerça minhas escolhas, então os princípios me ajudarão a atingir uma finalidade, ou seja, as placas de sinalização me orientaram durante o caminho até chegar ao destino desejado.

No caso da Bioética Personalista, o fundamento é a pessoa humana (aqui entendida em toda sua unitotalidade), ou seja, é o ponto de partida e o ponto de chegada, a finalidade de todas as nossas ações.

Sabendo-se que os objetivos de nossas ações é o bem da pessoa humana, então, podemos propor princípios que nos auxiliem na reflexão para atingir esse objetivo.

Saber onde queremos chegar é um passo importante, mas ainda não suficiente. Precisamos reconhecer em nós os nossos reais desejos, condicionamentos, pré-conceitos para poder agir com consciência e real liberdade.

É nossa responsabilidade refletir sobre o que é o bem da pessoa, pois não é correto tomar uma atitude e só depois procurar justificá-la. Antes de agirmos, nós devemos refletir sobre o significado da ação, buscando o sentido e o significado de cada gesto. A Bioética se propõe a ajudar-nos nesse caminho.

Firefox Flash Page Flip http://www.teleodonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

16/17 go to page

Modelo de Bioética

Modelo Personalista

Mesmo assim, o Modelo Personalista não deixou de sofrer críticas. A principal delas, segundo Spiercia, seria a falta de fundamento, ou seja, falta ser preciso a respeito do que é realmente mal ou bem para uma pessoa, como por exemplo, para um recém-nascido com doença congênita grave, é melhor assistir ou deixá-lo morrer?

Ainda mais, como ordenar e hierarquizar os princípios? A autonomia prevalece sobre a beneficência ou a beneficência prevalece sobre a autonomia do sujeito? O médico deve fazer a vontade do paciente, mesmo sabendo que a vontade do paciente provocará um maléfico, ou deve insistir na beneficência e ir contra a vontade do paciente?

O que fazer com os princípios?

Os princípios são ferramentas que nos auxiliam no processo da escolha, da decisão. Mas não devem ser encarados como uma receita de bolo e muito menos nos dando respostas prontas.

Os princípios facilitam a orientação do nosso raciocínio e cada passo no reconhecimento da realidade, no conhecimento do homem, mas os princípios só poderão exercer essa função se tivermos baseados em um fundamento.

Exemplificando, os princípios podem ser comparados às placas de orientação de uma estrada. As placas orientam para várias caminhos, mas para seguros, é preciso saber onde se quer chegar. Se a todos os pontos sem ter definido uma finalidade, um sentido, um porquê, é como se eu seguisse placas na estrada sem destino, dando voltas sem chegar a lugar algum.

Quando reporto o fundamento que a certa minha escolha, então os princípios me ajudarão a atingir uma finalidade, ou seja, as placas me ajudarão durante o caminho até chegar ao destino desejado.

No caso da Bioética Personalista, o fundamento é a pessoa humana (aquela entendida em toda sua unicidade), ou seja, é o ponto de partida e o ponto de chegada, a finalidade de todas as nossas ações.

Sabendo-se que os objetivos de nossas ações e o bem da pessoa humana, então, podemos propor princípios que nos auxiliem na reflexão para atingir esse objetivo.

Saber onde queremos chegar é um passo importante, mas ainda não suficiente. Precisamos reconhecer em nós os nossos reais desejos, condicionamentos, pré-conceitos para poder agir com consciência e real liberdade.

É nossa responsabilidade refletir sobre o que é o bem da pessoa, pois não é correto tomar uma atitude e só depois procurar justificá-la. Antes de agirmos, nós devemos refletir sobre o significado da ação, buscando o sentido e o significado de cada gesto. A Bioética se propõe a ajudá-los nesse caminho.

Modelo Personalista

O autor de referência para este modelo é Elie Sgreccia, o qual se baseou na pessoa humana como ponto de referência para fundamentar este modelo.

O modelo personalista afirma que a pessoa é uma unidade, de corpo e espírito, que vale por aquilo que é e não pelas escolhas que faz. A pessoa é capaz de captar e descobrir o sentido das coisas, da vida, exercer sua razão e sua liberdade conscientemente.

A pessoa é considerada uma **UNITOTALIDADE**, o que significa que cada pessoa é uma unidade de corpo e espírito e uma totalidade de todas as suas dimensões: física, espiritual, social, econômica, psicológica.

O valor de cada pessoa é a medida para determinarmos o que é justo e não-justo, desde o momento de sua concepção até o momento de sua morte, independentemente de suas condições físicas, econômicas, sociais e morais.

FlashPageFlip.com

Quadro 5.3 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Modelos de

5.1.3 Um fundamento para a bioética

5.1.3.1 referencial acadêmico

5.1.3.1.1 quando o fundamento baseia-se no individualismo

Tanto o individualismo como o hedonismo e o utilitarismo (comentados a seguir) são correntes de pensamentos que permeiam nossa sociedade e que podem influenciar-nos nas situações quotidianas. Se estivéssemos em uma peça de teatro, nós seríamos os atores e o individualismo (ou hedonismo, ou utilitarismo) seria o pano de fundo, participando do contexto (cenário).

Podemos não perceber que nossos pensamentos possam estar permeados por preconceitos e condicionamentos, não permitindo a expressão dos nossos reais valores em nossas decisões. Por isso, o conhecimento do contexto social e cultural é importante para exercemos nossa liberdade conscientemente (Ramos; Junqueira, 2007).

O referencial do individualismo é a liberdade, ou seja, a liberdade de escolha do sujeito é o valor maior que deve ser respeitado. Tudo o que arranha a liberdade do indivíduo é considerado incorreto. O que dá limite às ações das pessoas é o respeito à liberdade do outro (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

E como definir onde começa a liberdade do outro? Esse é um ponto crítico dessa corrente de pensamento porque, a liberdade do indivíduo fica condicionada ao espaço que foi conquistado pelos outros e a conquista desse espaço é determinado pela força de cada um. Por exemplo: o poder político e econômico de alguns países é muito maior que o poder de países em desenvolvimento, então, a liberdade dos países em desenvolvimento vai até onde começa a liberdade (espaço conquistado) pelas grandes potências econômicas e políticas mundiais, o que mostra que esse poder de escolha não é tão livre assim.

Nessa lógica, a expressão mais defendida pelos individualistas é a “autonomia”, que é entendida como a livre escolha do sujeito, sem deveres ou obrigações. Paradoxalmente, o exagero na prática da autonomia leva ao

enfraquecimento da liberdade individual à medida que exercerá sua autonomia quem tiver poder/força para isso. Não haverá realmente a defesa pela liberdade e os mais fracos ficarão sempre desfavorecidos (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

O problema é que, o pensamento do sujeito baseado unicamente em suas vontades, permite o estabelecimento do relativismo, pois não há um referencial de caráter universal capaz de abranger toda a diversidade de opiniões individuais (Ramos; Junqueira, 2007). Não existe uma verdade única, algo encontrado em todos os seres humanos, mas verdades individuais, onde tudo depende do ponto de vista.

Além disso, todo ato livre supõe conseqüências, que são de responsabilidade de quem o pratica. Dessa forma, não há liberdade sem responsabilidade e quando se tenta negar essa responsabilidade, a liberdade volta-se contra a própria vida, reduzindo-se a uma força cega (Sgreccia, 1996). A responsabilidade não se restringe aos aspectos das leis civis, mas está em nossa consciência, refletindo sobre a ética dos valores em jogo e permanece como tal quando as leis civis nada dizem sobre dada situação e até mesmo quando a lei civil fere os valores fundamentais da pessoa humana (Sgreccia, 1996).

5.1.3.1.2 quando o fundamento baseia-se no hedonismo

O hedonismo pode ser entendido como a busca pelo prazer e a supressão da dor. O sentido de felicidade é reduzido apenas em satisfação sensorial, física. Mais grave do que isso é a redução do conceito de vida a essas expressões sensoriais. (Ramos; Junqueira, 2007).

À partir dessa lógica, a qualidade de vida é vista como possibilidade de consumir, buscar a beleza, o prazer. Não há porque viver se não se tem esse tipo de “qualidade de vida” (Ramos; Silva; Caldato, 2009). É como se as pessoas portadores de necessidades especiais, tanto de caráter físico, sensorial ou mental, não fossem capazes de serem felizes, de viverem com dignidade, o que sabemos que não é verdade para todos.

Para o pensamento hedonista, se não se consegue encontrar o prazer, então é preciso suprimir a dor a qualquer custo, ficando, no mínimo, anestesiado.

Isso pode ser proporcionado, por exemplo, pelas drogas (cocaína), que não garantem felicidade, mas dopam o usuário. Estar anestesiado não é suficiente para manter o sentido de viver, para ser feliz e isso não é uma constatação derivada de muita reflexão, mas da observação da realidade, que qualquer um pode fazer (Ramos; Junqueira, 2007).

5.1.3.1.3 quando o fundamento baseia-se no utilitarismo

O parâmetro do utilitarismo é a relação custo/benefício. O lucro e o prejuízo banalizam as ações morais. As relações e as ações são construídas de acordo com os interesses (financeiros) do sujeito (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

Essa relação de custo/benefício é válida quando comparamos um mesmo valor e isso não desrespeite a dignidade da pessoa, por exemplo: quando uma equipe médica discute sobre que tipo de terapia terá melhores resultados para o paciente, ou seja, um balanço entre riscos e benefícios (Sgreccia, 1996). “Mas esse princípio não pode ser usado como último e fundamental, ‘comparando’ bens não-homogêneos entre si, como quando se comparam os custos em dinheiro com o valor de uma vida humana.” (Sgreccia, 1996, p. 74).

Possui valor apenas o que é considerado útil, sendo o inútil desprovido de dignidade. Na lógica capitalista, característica de nossa sociedade, um indivíduo improdutivo, por qualquer motivo, é considerado “inútil”, conseqüentemente, menos valorizado que alguém produtivo. O indivíduo passa a estar em função da sociedade e não a sociedade em função das pessoas.

O inútil passa a ser desprovido de dignidade a tal ponto que, se uma vida está atrapalhando o desenvolvimento, se os cuidados para mantê-la estão sendo onerosos para a sociedade, então essa vida pode ser descartada. As defesas do aborto e da eutanásia seguem, em parte, esse raciocínio (Ramos; Junqueira, 2007).

“O que se é enquanto pessoa é esquecido. O fundamento da ética passa a ser ‘as realizações’ (profissionais, por exemplo), e não mais a ‘realização’ do ser humano.” (Ramos; Silva; Caldato, 2009, p. 41).

As três posturas apresentadas (individualismo, hedonismo e utilitarismo) são **parte** da realidade, é uma parte da verdade. É por isso que, quando não estamos atentos, identificamos algumas dessas posturas como válidas em certas situações. Quando concebidas radicalmente são ideologias a serem seguidas e passam a representar **toda** a verdade. Assim sendo, corremos o risco de tomarmos decisões baseados em um conceito distorcido da realidade.

Um diálogo construtivo não acontece negando a humanidade e o desejo de felicidade do outro, nem assumindo uma postura relativista em que cada um tem o seu desejo e o manifesta como quer. O diálogo implica, pelo contrário, que os dois lados se perguntem sobre o desejo de felicidade do outro e sobre a forma como o outro se propõe a satisfazer esse desejo, de modo que ambos possam encontrar a resposta para o próprio desejo através do encontro com o outro. (Ribeiro Neto, 2009, p. 84).

5.1.3.1.4 quando o fundamento é a pessoa humana

Primeiramente, é preciso atentar para as diversas conceituações de *pessoa*, entendidas por várias escolas e vários autores em sentidos etnológicos, teológicos, jurídicos, sociológicos, bio sociais e psicológicos. Aqui, o conceito de pessoa humana refere-se ao personalismo ontologicamente fundado, ao valor objetivo da dignidade da pessoa.

Partindo-se dessa nossa experiência como pessoa, podemos afirmar que somos algo mais que um sistema biológico, que um corpo. Há na pessoa um componente metafísico, algo que extrapola o corpo material e suas reações físico-químicas (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

A ciência, nos seus elementos experimentais, talvez não consiga levar para o laboratório essa dimensão metafísica do Homem, mas também não alcança, no laboratório, a negação dessa dimensão. Não é possível provar, por meios experimentais, que não existe essa realidade (Ramos; Silva; Caldato, 2009, p. 45).

A pessoa é uma unidade de corpo e espírito, pois possui o caráter intelectual, moral e espiritual (Sgreccia, 2009). A dimensão metafísica do homem trata-se dos acontecimentos não-materiais e seus efeitos, também não materiais, no

sujeito tal como a construção de conhecimento, a capacidade de reflexão, a responsabilidade, a liberdade, a procura pelo sentido das coisas etc (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

Essa junção do físico e do metafísico constitui uma unidade complexa.

A tradição personalista aprofunda suas raízes na própria razão do homem e no coração de sua liberdade: o homem é pessoa porque é o único ser em que a vida se torna capaz de reflexão sobre si, de autodeterminação; é o único a descobrir o sentido das coisas, e de dar sentido às suas expressões e à sua linguagem consciente. (...) O eu é irreduzível a cifras, a números, a átomos, a células, a neurônios (Sgreccia, 1996, p. 79).

Desta maneira, o homem é mais que um organismo vivo, é mais que seus atos e suas palavras, mais que suas escolhas. A pessoa humana é a totalidade de suas dimensões física ou biológica, espiritual, psicológica e sócio-cultural (pois somos seres de relações interpessoais) (Sgreccia, 2009; UNESCO, 2006).

Então, a pessoa não pode ser reduzida a apenas uma de suas dimensões. Eu não sou apenas um corpo doente ou saudável, não sou apenas aquilo que penso, não sou apenas as escolhas que faço, não sou apenas uma parte do todo, pois eu sou o todo, sou tudo isso e muito mais do que seja possível expressar em palavras. E, além disso, não há outra pessoa no mundo igual a mim: todo ser humano é único e irrepetível.

Esses elementos são suficientes para garantir um valor não quantificável a cada ser humano. Immanuel Kant formulou a idéia de não ser possível atribuir um preço às pessoas ou diferenciar dignidades. O respeito à dignidade da pessoa independe de condições físicas, mentais, espirituais, culturais, econômicas em que se encontra (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

5.1.3.1.5 a experiência elementar

Para procedermos a uma reflexão sobre nossas atitudes, devemos avaliar o sentido, o significado e o fim último que possuem e, para isto, é preciso conhecer o fundamento que alicerçam os valores que guiam nossas escolhas.

Diante de um mundo tão pluralista, é possível distinguir um valor que seja partilhado por qualquer ser humano? O que há de verdadeiro no homem que possa ser reconhecido e aceito por todas as culturas e sociedades? “O que no Homem, agente responsável, existe de inatingível, de imutável, de sagrado, que deva ser respeitado?” (Ramos; Silva; Caldato, 2009, p. 42).

Os questionamentos atuais referem-se não só ao que é lícito ou não-lícito, pois a humanidade está tomando consciência da desumanidade que vem se perpetuando e que a dificuldade não está em escolher a melhor opção, mas reconhecer o que é o melhor (Ribeiro Neto, 2009).

Como dito anteriormente, para refletirmos sobre nossas escolhas e atitudes, é preciso começar por nós mesmos, observando como nós percebemos o mundo e como ele nos percebe na experiência quotidiana (Giussani, 1988). Isso se dá porque é por meio de nossas experiências que conhecemos a realidade, é por meio de nossas ações que as vivências acontecem, que os fatores que nos constituem emergem (Giussani, 1988). Mesmo assim, não é desconsiderado o contexto em que vivemos e sua influência sobre nossa forma de agir e pensar, pois só assim poderemos percorrer um caminho mais verdadeiro em nossa reflexão (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

Em Bioética, nosso objeto de estudo é a pessoa, enquanto a expressão de “vida” mais importante. O conceito de pessoa pode não ser explícito logo no primeiro momento para todos, mas é algo muito familiar, porque todos nós conhecemos uma pessoa: nós mesmos (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

As ciências, como a Biologia, Genética, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Filosofia, Embriologia, Medicina, nos ajudam a conhecer o ser humano, mas não são suficientes, pois elas não são capazes de dizer “quem sou eu”. Então, é nesse momento que a experiência elementar entra como método de conhecimento (Lucato, 2009).

As vivências são autoevidentes. O fato de eu existir no mundo é evidente, eu não preciso evidenciar que minhas vivências acontecem. Existem vivências que poderiam ser chamadas de universais porque são compartilhadas por todos os seres humanos. A tomada de consciência dessas vivências é o que se pode chamar de experiência elementar. Quais são essas vivências universais? Por exemplo, existir. Todo ser humano faz a experiência de existir (Ribeiro Neto, 2009, p. 83).

A experiência elementar corresponde a tudo aquilo que qualquer um se depara durante a vida, como a relação com outros seres vivos (humanos ou não), carência afetiva, carência da fome, da sexualidade, o processo do morrer, o desejo de realização, desejo de satisfação, de felicidade, beleza, bem e, principalmente, o desejo de não ter mais carências. Além disso, a busca por um sentido para viver também compõe o corpo da experiência elementar (Ribeiro Neto, 2009).

“Uma pessoa sã não poderá desejar ser infeliz. Se quiser ser infeliz, provavelmente estará exibindo um comportamento autodestrutivo, e os seres vivos só existem na natureza porque não são autodestrutivos [...]” (Ribeiro Neto, 2009, p. 83).

É com esta experiência elementar que todo homem compara cada proposta que surge. É um instrumento universal de comparação, como se olhássemos para dentro e disséssemos: “até aqui confere, por isso, é verdade e posso confiar” (Giussani, 1988, p. 38). Mas, para que as vivências se transformem em experiências - não no sentido de experiência científica - é preciso atribuir-lhes um significado baseado em juízos de valores (Giussani, 1988).

Para emitir um juízo é preciso um critério e esse critério de juízo está dentro de nós. No entanto, não somos nós quem o escolhemos ou definimos. Ele é definido por um conjunto de exigências e evidências que constituem o ser humano, como a verdade, a justiça, o amor, a felicidade e cada um tem que identificar exemplos disto nas suas experiências. Este processo de identificação chama-se CORRESPONDÊNCIA (Giussani, 1988).

Para compreender o critério que está dentro de cada um e a correspondência, pode-se dar o exemplo dos sapatos: o critério de juízo está dentro de mim assim como o critério para escolher o sapato mais adequado: eu escolho o sapato que cabe no meu pé, mas não sou eu quem decide o tamanho do meu pé. Para não sentir dor nos pés ou não tropeçar por usar um sapato grande demais, cabe a mim encontrar o sapato que me sirva, que me corresponda (Carrón, 2009).

Se insistir em calçar um sapato menor, meu pé irar gritar, irá me informar que aquilo não me corresponde e assim é a experiência elementar.

Literalmente como os sapatos: é tão objetivo que, se eu não encontrar correspondência, não me sinto bem. [...] Por isso, a palavra-chave é a palavra CORRESPONDÊNCIA. Eu tenho dentro de mim o critério para saber o que é que corresponde às exigências do meu coração (Carrón, 2009, p.58).

O conhecimento sobre si mesmo como pessoa não é evidente, ou seja, é uma construção feita a partir de descobertas intelectuais, de reflexões baseadas na própria experiência (Ramos; Silva; Caldato, 2009).

O fato de a experiência elementar ser de alcance universal, não quer dizer que todos nós a vivenciamos da mesma maneira, pois o contexto em que cada um vive influencia na forma de vivenciá-la. No entanto, isto pode ser um gerador de tensões: o desejo pela felicidade (justo desejo de qualquer ser humano) pode percorrer caminhos divergentes, o que nos leva a buscar um consenso pelo diálogo. “[...] aquele que quer se jogar como homem-bomba contra seus inimigos, morrendo nesse gesto, tem o mesmo desejo de felicidade que cada um de nós. A questão é: será essa uma forma adequada de se realizar como ser humano?” (Ribeiro Neto, 2009, p. 84).

É por meio desse “instrumento”, que todos nós temos (mesmo que ainda tácito), que se torna possível a qualquer pessoa, de qualquer cultura, sociedade e tempo, reconhecer como verdade imutável o valor da dignidade da pessoa humana: o valor da pessoa é dado pelo simples fato de existir, indo além das circunstâncias físicas e materiais em que se encontra.

5.1.3.1.6 o Fundamento e os princípios bioéticos

No caso da Bioética Personalista, o fundamento é a pessoa humana, a qual é o ponto de partida e o ponto de chegada, a finalidade de todas as ações. Sabendo-se que os objetivos de nossas ações é o bem da pessoa humana, então podemos desenvolver princípios que nos auxiliem na reflexão para atingir esse objetivo.

Os princípios vão nos orientar a cada pequena decisão que precisarmos tomar para atingir o bem de todas as pessoas envolvidas, seja numa empresa, numa escola, na administração pública, na indústria de consumos ou na saúde.

Os princípios são ferramentas que nos auxiliam no processo da escolha, da decisão. Mas não devem ser encarados como uma receita de bolo e muito menos nos darão respostas prontas. Os princípios facilitam a orientação do nosso raciocínio a cada passo no reconhecimento da realidade, no conhecimento do homem e só poderão exercer essa função se estivermos baseados em um fundamento.

Exemplificando: os princípios podem ser comparados às placas de orientação de uma estrada. As placas orientam para vários caminhos, mas para segui-las, é preciso saber aonde se quer chegar (Silva; Gomes; Ramos, 2009). Se eu tomo decisões sem ter definido uma finalidade, um sentido, um porque, é como se eu seguisse placas na estrada sem destino, dando voltas sem chegar a lugar algum. Quando reconheço o fundamento que alicerça minhas escolhas, os princípios me ajudarão a atingir uma finalidade, ou seja, as placas de sinalização me orientarão durante o caminho até eu chegar ao meu destino (Silva; Gomes; Ramos, 2009).

Silva, Gomes e Ramos (2009, p. 59) ressaltam que:

É responsabilidade de cada um de nós procurarmos conhecer objetivamente o que é o 'bem da pessoa humana', para, depois, refletir sobre as escolhas concretas. Não é um percurso adequado determinar qual ação se deseja realizar, com motivações mal definidas, confusas, para depois procurar argumentos que a justifiquem. O percurso é o inverso: procurar conhecer bem e refletir como se poderia atuar em determinada realidade. Não se trata de considerar apenas o ato em si como bom ou mau, mas de compreender que todo ato modifica a personalidade do sujeito agente: deixa uma marca em nós, na nossa vontade, no nosso pensamento, na nossa pessoa. Cada ato diz o que estamos nos tornando. Da mesma forma, cada ato atinge a sociedade humanizando-a ou desumanizando-a.

5.1.3.2 texto em linguagem didática

Escolhas e valores: O que é importante para você?

- Dedique alguns minutos para pensar sobre o significado dos itens abaixo.
- Escolha aqueles itens que são importantes para você.

- Escolha os cinco itens mais importantes para você e guarde o resultado para você.
- Refaça sua lista após o término do estudo em Bioética e compare os resultados.

1. Boa aparência física
2. Formar-se na faculdade com louvor
3. Ser uma pessoa honesta
4. Ter poder político
5. Ter uma relação significativa
6. Ter uma vida com sentido, propósito
7. Continuar a aprender e construir conhecimento
8. Poder ajudar doentes e desfavorecidos
9. Ser atraente
10. Ter amigos honestos e íntimos
11. Ter vida longa e saudável
12. Ter uma relação significativa com Deus
13. Ter um bom casamento
14. Ter sucesso na carreira
15. Igualdade de oportunidade para todas as pessoas
16. Ter liberdade para viver sua vida como desejar
17. Ter uma vida financeiramente confortável
18. Ter uma vida familiar segura
19. Uma vida agradável, de lazer
20. Viagens ilimitadas, boa comida, entretenimento
21. Ter uma casa bonita no lugar de sua escolha
22. Ter sentimentos melhores em relação a mim mesmo
23. Ter minhas crenças e valores respeitados
24. Tornar-se um bom pai/mãe
25. Viver com um corpo perfeito
26. Ter filhos com saúde perfeita
27. Morrer na minha casa, com o amparo da minha família
28. Ser amparado nos momentos difíceis
29. Ser ouvido em minhas angústias
30. Ser bem tratado pelos outros
31. Ter meus direitos respeitados
32. Conseguir ser tolerante com o outro
33. Ter acesso aos tratamentos para meus problemas de saúde
34. Ter o carro do ano
35. Ter aprovação no meio social
36. Não ser ignorado nas decisões que dizem respeito a mim

Qual é o seu fundamento?

Se nos perguntam se nossas decisões são tomadas livremente, rapidamente dizemos que sim. E por que seria diferente? Cada um pensa por si e decidi o que é melhor pra si, não é mesmo?

Você tem certeza de que nada influencia sua conduta sem você se dar conta? Você sabe o que fundamenta suas atitudes?

Podemos não perceber que nossos pensamentos possam estar permeados por preconceitos e condicionamentos, não permitindo a expressão dos nossos reais valores em nossas decisões. Um exemplo simples é a influencia da moda: às vezes, nossas compras são guiadas pelo modismo e não pelas nossas necessidades.

Por isso, a atenção ao contexto social e cultural é importante para exercemos nossa liberdade conscientemente. Conhecer o que nos cerca e diferenciar o que nos dizem do que nós realmente pensamos é importante para exercemos nossa autonomia verdadeira.

A seguir, são apresentados 3 tipos de formas de pensar, ou ideologias, que podem permear nossa visão de mundo. Veja se você reconhece já ter passado por isso.

O individualismo, o hedonismo e o utilitarismo (comentados a seguir) são correntes de pensamentos que estão na nossa sociedade e que podem nos influenciar nas situações quotidianas.

Quando o fundamento baseia-se no individualismo

O referencial do individualismo é a liberdade levada ao extremo, ou seja, a liberdade de escolha do sujeito é o valor maior e único que deve ser respeitado. Tudo o que arranha, um pedacinho que seja da liberdade do individuo, é considerado politicamente incorreto.

Então, o que dá limite às ações das pessoas é o respeito à liberdade do outro.

E como definir onde começa a liberdade do outro?

Esse pode ser o ponto crítico dessa corrente de pensamento porque, a liberdade do indivíduo fica condicionada ao espaço que foi conquistado por cada um e a conquista desse espaço é determinado pela força de cada um.

Por exemplo: o poder político e econômico de alguns países é muito maior que o poder de países em desenvolvimento, então, a liberdade dos países em desenvolvimento fica limitada frente ao poderio das grandes potências mundiais.

Nessa lógica, a expressão mais defendida pelos individualistas radicais é a “autonomia”, que é entendida como a livre escolha do sujeito, sem deveres ou obrigações.

Paradoxalmente, o exagero na prática da autonomia leva ao enfraquecimento da liberdade individual, pois só exercerá sua autonomia quem tiver poder/força para isso. Não haverá realmente a defesa pela liberdade de todos e os mais fracos ficarão sempre desfavorecidos.

O problema é que, se o nosso pensamento é baseado unicamente em nossos interesses imediatos, sem uma reflexão mais profunda do sentido, isso permite o estabelecimento do relativismo.

No relativismo não há um referencial de caráter universal capaz de abranger toda a diversidade de opiniões individuais. Não existe uma verdade única, algo encontrado em todos os seres humanos. Só há verdades individuais, onde tudo depende do ponto de vista de cada um.

Ao contrário, todo ato livre supõe conseqüências, que são de responsabilidade de quem o pratica. Dessa forma, não há liberdade sem responsabilidade.

Quando o fundamento baseia-se no hedonismo

O hedonismo pode ser entendido como a busca pelo prazer e pela supressão da dor. Assim, o sentido de felicidade é reduzido apenas em satisfação sensorial, física. Mais grave do que isso é a redução do conceito de vida a essas expressões sensoriais.

Na lógica hedonista, a qualidade de vida é vista como possibilidade de consumir, buscar a beleza, o prazer. Não há porque viver se não se tem esse tipo de “qualidade de vida”.

É como se as pessoas portadoras de necessidades especiais, tanto de caráter físico, sensorial ou mental, não fossem capazes de serem felizes, de viverem com dignidade, o que não é verdade.

Para o pensamento hedonista, se não se consegue encontrar o prazer, então é preciso suprimir a dor a qualquer custo, ficando, no mínimo, anestesiado. Isso pode ser proporcionado, por exemplo, pelas drogas (cocaína), que não garantem felicidade, mas dopam o usuário.

Estar anestesiado não é suficiente para manter o sentido de viver, para ser feliz e isso não é uma constatação derivada de muita reflexão, mas da observação da realidade, que qualquer um pode fazer.

Quando o fundamento baseia-se no utilitarismo

O parâmetro do utilitarismo é a relação custo/benefício. O lucro e o prejuízo justificam as ações morais. As relações e as ações são construídas de acordo com os interesses (financeiros) do sujeito.

Possui valor apenas o que é considerado útil. O que é inútil é desprovido de dignidade. Na lógica capitalista, presente em nossa sociedade, um indivíduo improdutivo, por qualquer motivo, é considerado “inútil”, conseqüentemente, menos valorizado que alguém produtivo. O indivíduo passa a estar em função da sociedade e não a sociedade em função das pessoas.

O inútil passa a ser desprovido de dignidade a tal ponto que, se uma vida está atrapalhando o desenvolvimento, se os cuidados para mantê-la estão sendo onerosos para a sociedade, então essa vida pode ser descartada. A defesa do aborto e da eutanásia segue, em parte, esse raciocínio.

“O que se é enquanto pessoa é esquecido. O fundamento da ética passa a ser ‘as realizações’ (profissionais, por exemplo), e não mais a ‘realização’ do ser humano.” (Ramos, Silva, Caldato, 2009. p.41).

Essa relação de custo/benefício é válida e positiva quando comparamos um mesmo valor e isso não desrespeite a dignidade da pessoa, por exemplo: quando o dentista planeja que tipo de terapia terá melhores resultados para o paciente, ou seja, faz um balanço entre riscos e benefícios.

O que pensar sobre tudo isso?

As três posturas apresentadas (individualismo, hedonismo e utilitarismo) são **parte** da realidade, são uma parte da verdade. É por isso que identificamos algumas dessas posturas como válidas em certas situações.

No entanto, quando são colocadas como ideologias a serem seguidas, passam a representar **toda** a verdade e correr-se o risco de tomarmos decisões baseados em um conceito distorcido da realidade.

“Um diálogo construtivo não acontece negando a humanidade e o desejo de felicidade do outro, nem assumindo uma postura relativista em que cada um tem o seu desejo e o manifesta como quer. O diálogo implica, pelo contrário, que os dois lados se perguntem sobre o desejo de felicidade do outro e sobre a forma como o outro se propõe a satisfazer esse desejo, de modo que ambos possam encontrar a resposta para o próprio desejo através do encontro com o outro.” (Ribeiro Neto, 2009, p. 84).

Então, existe alguma coisa em que podemos nos basear, sem medo de errar, para fundamentar nossas decisões? Há um fundamento?

Quando o fundamento é a pessoa humana

Para fazermos a uma reflexão sobre nossas atitudes, devemos avaliar o sentido, o significado e o fim último que possuem e, para isto, é preciso conhecer o fundamento que alicerçam os valores que guiam nossas escolhas.

Diante de um mundo tão pluralista, é possível distinguir um valor que seja partilhado por qualquer ser humano?

O que há de verdadeiro no homem que possa ser reconhecido e aceito por todas as culturas e sociedades?

Às vezes, nossa dificuldade não está em saber qual é a melhor opção, mas está em reconhecer o que é o melhor. Primeiro é preciso saber o que é melhor para nós, para depois sabermos quais as melhores opções. Como posso saber qual melhor opção de roupa para comprar se não sei o tamanho que visto?

Como dito anteriormente, para refletirmos sobre nossas escolhas e atitudes, é preciso começarmos por nós mesmos, observando como nós percebemos o mundo e como ele nos percebe na experiência quotidiana.

Isso se dá porque, é por meio de nossas experiências que conhecemos a realidade, é por meio de nossas ações que as vivências acontecem, que os fatores que nos constituem emergem.

Mesmo assim, não podemos desconsiderar o contexto em que vivemos e sua influencia sobre nossa forma de agir e pensar, pois só assim poderemos percorrer um caminho mais verdadeiro em nossa reflexão.

Dessa forma, nosso objeto de estudo da Bioética é a pessoa.

O conceito de pessoa pode não ser explícito logo no primeiro momento, mas é algo muito familiar a todos porque todos conhecem uma pessoa: nós mesmos.

As ciências, como a Biologia, Genética, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Filosofia, Embriologia, Medicina, nos ajudam a conhecer aspectos da pessoa, mas não são suficientes, pois elas não são capazes de dizer “quem sou eu”; então, é nesse momento que a experiência elementar entra como método de conhecimento.

As vivências são autoevidentes. O fato de eu existir no mundo é evidente, eu não preciso evidenciar que minhas vivências acontecem. Existem vivências que poderiam ser chamadas de universais porque são compartilhadas por todos os seres humanos. A tomada de consciência dessas vivências é o que se pode chamar de experiência elementar. Quais são essas vivências universais? Por exemplo, existir. Todo ser humano faz a experiência de existir” (Ribeiro Neto, 2009, p.83).

A experiência elementar corresponde a tudo aquilo com que qualquer um se depara durante a vida, como a relação com outros seres vivos (humanos ou não), carência afetiva, carência da fome, da sexualidade, o processo do morrer, o desejo de realização, desejo de satisfação, de felicidade, beleza, bem e, principalmente, o desejo de não ter mais carências. Além disso, a busca por um sentido para viver também compõe o corpo da experiência elementar.

“Uma pessoa sã não poderá desejar ser infeliz. Se quiser ser infeliz, provavelmente estará exibindo um comportamento autodestrutivo, e os seres vivos só existem na natureza porque não são autodestrutivos (...)” (Ribeiro Neto, 2009, p.83).

É com esta experiência elementar que todo homem compara cada proposta que surge. É um instrumento universal de comparação, como se olhássemos para dentro e disséssemos: “até aqui confere, por isso, é verdade e posso confiar”.

Mas, para que as vivências se transformem em experiências (não no sentido de experiência científica) é preciso atribuir-lhes um significado baseado em juízos de valores.

Para emitir um juízo é preciso um critério. Esse critério de juízo está dentro de nós, no entanto, não somos nós quem o escolhemos ou definimos.

Ele é definido por um conjunto de exigências e evidências que constituem o ser humano, como a verdade, a justiça, o amor, a felicidade e cada um tem que identificar exemplos disto nas suas experiências. Este processo de identificação chama-se CORRESPONDÊNCIA.

Para compreender o critério que está dentro de cada um e a correspondência, pode-se dar o exemplo dos sapatos: o critério de juízo está dentro de mim assim como o critério para escolher o sapato mais adequado: eu escolho o sapato que cabe no meu pé, mas não sou eu quem decide o tamanho do meu pé.

Para não sentir dor nos pés ou não tropeçar por usar um sapato grande demais, cabe a mim encontrar o sapato que me sirva, que me corresponda. Se insistir em calçar um sapato menor, meu pé irar gritar, irá me informar que aquilo não me corresponde e assim é a experiência elementar.

O conhecimento sobre si mesmo como pessoa não é evidente, ou seja, é uma construção feita a partir de descobertas intelectuais, de reflexões baseadas na própria experiência.

O fato de a experiência elementar ser de alcance universal, não quer dizer que todos nós a vivenciamos da mesma maneira, pois o contexto em que cada um vive influencia na forma de vivenciá-la.

E isto pode ser um gerador de tensões: o desejo pela felicidade (justo desejo de qualquer ser humano) pode percorrer caminhos divergentes, o que nos leva a buscar um consenso pelo diálogo. “[...] aquele que quer se jogar como homem-bomba contra seus inimigos, morrendo nesse gesto, tem o mesmo desejo de felicidade que cada um de nós. A questão é: será essa uma forma adequada de se realizar como ser humano?” (Ribeiro Neto, 2009, p. 84).

É por meio desse “instrumento” – a experiência elementar-, que todos nós temos (mesmo que ainda tácito, mesmo que não saibamos explicar com palavras),

que se torna possível a qualquer pessoa, de qualquer cultura, sociedade e tempo, reconhecer como verdade imutável o valor da dignidade da pessoa humana: o valor da pessoa é dado pelo simples fato de existir, indo além das circunstâncias físicas e materiais em que se encontra.

[illegible]

Quadro 5.4 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Um fundamento para a Bioética”

5.1.4 Experimentação com seres humanos

5.1.4.1 referencial acadêmico

Não é possível datar o início das experimentações envolvendo seres humanos. Mas, um período específico da história é marcante tanto pelos resultados obtidos com as pesquisas e, principalmente, pelo modo de condução dos experimentos realizados com as pessoas. Esse período é o da 2ª Guerra Mundial, mais precisamente, os experimentos feitos nos campos de concentração nazistas utilizando prisioneiros como instrumentos de pesquisa.

Após as atrocidades cometidas em nome da ciência nos campos de concentração nazistas, houve um julgamento na cidade de Nuremberg, em 1947, dos médicos e pesquisadores responsáveis por tais pesquisas. O Tribunal Militar, que realizou o julgamento, elaborou regras para a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, o qual veio a ser chamado de Código de Nuremberg (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

Foi o primeiro documento que definia condições para a permissão de pesquisas com seres humanos e foi pioneiro em defender como essencial o caráter voluntário dos participantes de pesquisas. O Código de Nuremberg possui 10 regras de conduta em pesquisa que serviram de base para a elaboração dos documentos em vigor atualmente no mundo todo (Sakaguti, 2007; Costa, 2008; Lucato; Ramos, 2009).

As regras contidas no Código de Nuremberg são (Nuremberg Military Tribunals, 1947):

- Consentimento voluntário de pessoas capazes de exercer plena autonomia, sem coações, mentiras, fraudes, e outros prejuízos. Para consentirem, os participantes devem ser informados sobre a natureza da pesquisa, sua duração, finalidade, métodos, riscos e desconfortos esperados, efeitos sobre a saúde do participante decorrentes de sua participação na pesquisa.
- Os deveres e responsabilidades são do pesquisador e não podem ser transferidos a outro.

- Deve-se justificar o experimento com base em pesquisas prévias e consolidadas em laboratórios e em animais.
- Deve-se reduzir ao mínimo possível todo sofrimento e dano desnecessários.
- Em casos de previsão de risco de morte ou invalidez dos participantes, o experimento não deve ser iniciado ou deve ser interrompido, protegendo-se os participantes de qualquer tipo de dano.
- O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas qualificadas cientificamente.
- O participante tem a liberdade de se retirar do experimento a qualquer momento.

Mesmo com a elaboração do Código de Nuremberg, ainda continuaram surgindo escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos, pois muitos cientistas relacionavam o Código de Nuremberg a um instrumento de punição aos crimes nazistas, algo “distante” da realidade deles. Além disso, os pesquisadores achavam que o processo de obtenção do consentimento dos voluntários de pesquisa era uma burocracia desnecessária (Sakaguti, 2007; Costa, 2008; Lucato; Ramos, 2009).

Nesse momento, a Associação Médica Mundial (AMM) aprova um documento chamado Declaração de Helsinque, em 1964, o qual possui força normativa de cunho deontológico e que diz respeito à condução de pesquisas por pesquisadores qualificados e sob vigilância de outras pessoas competentes na medicina (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

A Declaração de Helsinque aprofundou elementos contidos no Código de Nuremberg. São reconhecidas as particularidades dos grupos vulneráveis, como as pessoas legalmente incompetentes, os portadores de necessidades especiais, a população carente de assistência médica e outros. A pesquisa com esses grupos devem ser realizadas apenas nos casos em que não for possível realizar o experimento com indivíduos legalmente competentes e que seja necessária a realização da pesquisa para promover a saúde da população representada por esses grupos vulneráveis (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

Estabelece, pela primeira vez, a necessidade do envio do protocolo de pesquisa a uma comissão de ética para sua consideração e, por vezes, aprovação antes do início da pesquisa. Os cuidados assistenciais só podem estar associados à experimentação quando o valor preventivo, diagnóstico ou terapêutico previsto pelo experimento mostrar potencial justificável, para que a assistência médica não funcione como moeda de troca pela participação do sujeito de pesquisa (Sakaguti, 2007).

A Declaração também aborda a ética nas publicações científicas, devendo os autores e editores publicar resultados de pesquisa independentemente de serem positivos ou negativos, além de explicitar todo e qualquer tipo de conflito de interesses (Sakaguti, 2007; Lucato; Ramos, 2009).

Esta Declaração é atualizada frequentemente, sendo a última dela realizada em 2008, referente aos benefícios para os participantes após o término da pesquisa (WMA, 2008). A nova exigência é de que os pesquisadores explicitem claramente como será a forma de acesso aos benefícios previstos do estudo quando este for finalizado. Esta determinação terá grande impacto nas pesquisas realizadas com colaboração de vários países.

Em âmbito nacional, também houve um primeiro documento que regulamentava a pesquisa com seres humanos no Brasil, a Resolução CNS 01/88, sendo substituída posteriormente pela Resolução CNS 196/96 (Brasil, 1996).

A Resolução CNS 196/96 (Brasil, 1996) tem como referência os seguintes documentos internacionais: Código de Nuremberg (1947), Declaração dos Direitos do Homem (1948), Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores), Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (1982 e 1993), as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (1991) e outras leis e decretos nacionais.

De acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução CNS196/96, as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, no geral (Brasil, 1996):

- Os pesquisadores deverão sempre obter o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção dos vulneráveis e/ou legalmente incapazes (princípio da autonomia);

- Os pesquisadores deverão se comprometer em proporcionar o máximo de benefício e o mínimo de risco e danos, individuais ou coletivos, atuais ou potenciais (princípio da beneficência);
- Os pesquisadores deverão garantir a não ocorrência de danos previsíveis (princípio da não-maleficência);
- Deverão ser relevantes para a sociedade, com vantagens para os sujeitos da pesquisa, proteção dos sujeitos vulneráveis e objetivo sócio-humanitário (princípio de justiça e equidade);
- Deverão ser fundamentadas em pesquisas prévias com animais, em laboratório ou em outros fatos científicos;
- Os pesquisadores deverão assegurar a confidencialidade e privacidade das informações e imagens obtidas dos sujeitos de pesquisa;
- Deverão ser desenvolvidas de preferência em indivíduos de autonomia plena;
- Deverão obedecer a metodologia adequada;
- Deverão assegurar acompanhamento, tratamento ou orientação aos sujeitos de pesquisa;
- Os pesquisadores deverão esclarecer o sujeito de pesquisa que este pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem justificativa e sem sofrer qualquer tipo de prejuízo;
- Os pesquisadores deverão iniciar a pesquisa apenas depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A Resolução CNS196/96 (Brasil, 1996) também conceitua termos pertinentes ao tema. A pesquisa envolvendo seres humanos não se restringe apenas às intervenções diretas, corresponde às pesquisas que envolvem direta ou indiretamente, em sua totalidade ou partes do ser humano, até mesmo o manejo de informações (Brasil, 1996).

Com relação ao consentimento voluntário referido no Código de Nuremberg, a Resolução CNS196/96 diz (Brasil, 1996):

Consentimento livre e esclarecido – anuência do sujeito de pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimação, após explicação

completa pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Os capítulos contidos na Resolução CNS196/96 (Brasil, 1996) apresentam explicações pormenorizadas sobre as definições de termos utilizados no texto, sobre a eticidade das pesquisas, sobre os aspectos do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, sobre o detalhamento da elaboração do protocolo de pesquisa e sobre a organização, competência e finalidade dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Do ponto de vista da Ética, o interesse do ser humano deve estar acima dos interesses da ciência; portanto, as pesquisas, embora absolutamente necessárias, têm limitações ou devem ser feitas com padrões desejáveis de ética e qualidade, e também estarem de acordo com as crenças e valores da sociedade (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009, p. 308).

Por meio da Resolução CNS196/96, foi criada a CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), a qual possui função consultiva, deliberativa, normativa e educativa sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são localizados em instituições que realizam pesquisas, como instituições de ensino, hospitais e santas casas, e têm a função de revisar todos os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos desenvolvidos em suas instituições.

Cabe ao CEP a responsabilidade de resguardar e garantir a segurança da integridade dos sujeitos de pesquisa. Pode receber denúncias e deve requer apuração; também possui papel consultivo e educativo na reflexão da ética na ciência e atua como mediador entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa (Brasil, 2010).

Quando a pesquisa envolvendo seres humanos entra no campo das temáticas especiais, as quais englobam genética humana, reprodução humana, novos dispositivos para a saúde, pesquisas em populações indígenas, pesquisas conduzidas do exterior e aquelas que envolvam aspectos de biossegurança, estas devem ser encaminhadas pelos CEP à CONEP (Brasil, 2010).

Os membros de ambas as comissões são pesquisadores, representantes de usuários, profissionais de saúde, profissionais de ciências sociais, humanas e

exatas, juristas, estudiosos de bioética etc, ou seja, a composição é multi e transdisciplinar. Todos os CEP devem possuir no mínimo 7 membros, que não podem ser remunerados, mas podem ter seus gastos ressarcidos e dispensados de seus trabalhos para executar suas tarefas no CEP (Brasil, 2010).

A atuação conjunta dos CEP com a CONEP na defesa da dignidade dos sujeitos de pesquisas proporciona o controle social das práticas científicas.

5.1.4.1.1 protocolo de pesquisa

O protocolo de pesquisa corresponde a um conjunto documentos que descrevem os aspectos metodológicos, éticos, orçamentais, a qualificação do pesquisador, as instâncias responsáveis e as informações sobre os sujeitos de pesquisa (Oliveira, 2007).

O desenvolvimento de uma idéia para pesquisa surge de uma inquietação do autor, de uma dúvida, da necessidade de criar ou encontrar uma solução ou de compreender um fenômeno. Tendo clara a motivação da pesquisa, o caminho a ser percorrido é muito similar para todos os tipos de pesquisa (experimental, clínica, social, psicológica, laboratorial, levantamento bibliográfico, etc).

O protocolo deve relatar os achados de estudos anteriores sobre o tema proposto; explicar a escolha da metodologia de pesquisa com base na literatura científica, descrevendo minuciosamente detalhes do desenvolvimento, critérios para inclusão e exclusão de sujeitos de pesquisa, tamanho da amostra e outros; especificar possíveis benefícios diretos ou indiretos, bem como possíveis riscos e desconfortos; descrever a infra-estrutura disponível para o desenvolvimento da pesquisa; o orçamento e financiamento (caso haja); informar a destinação de materiais coletados (descarte); garantir a publicação dos resultados atingidos (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O protocolo de pesquisa deve (Oliveira, 2007):

- Relatar os achados de estudos anteriores sobre o tema proposto (revisão de literatura);
- Explicar a escolha da metodologia de pesquisa com base na literatura científica, descrevendo minuciosamente detalhes do desenvolvimento,

critérios para inclusão e exclusão de sujeitos de pesquisa, tamanho da amostra (quantidade de sujeitos de pesquisa, por exemplo) e se há participação de grupo vulnerável;

- Especificar, detalhadamente, quais são os possíveis benefícios diretos ou indiretos para os sujeitos de pesquisa, bem como os possíveis riscos e desconfortos;
- Conter cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será utilizado com os sujeitos de pesquisa;
- Descrever a infra-estrutura disponível para o desenvolvimento da pesquisa, o orçamento e financiamento (caso haja);
- Informar a destinação de materiais coletados (descarte, armazenamento);
- Informar sobre a forma de acompanhamento dos participantes durante e após o fim da pesquisa, como fornecimento de medicamento, continuação de tratamento, acompanhamento psicológico, médico, odontológico ou a ausência de necessidade de qualquer acompanhamento;
- Garantir informação sobre o andamento da pesquisa ao participante mesmo depois de sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido;
- Garantir o sigilo e a privacidade de tudo o que diz respeito aos sujeitos de pesquisa;
- Garantir a publicação dos resultados atingidos.

5.1.4.1.2 pesquisas com material biológico ou informações de seres humanos

O conceito de pesquisa envolvendo seres humanos refere-se a toda pesquisa que estuda uma pessoa em si ou parte dela. Informações contidas em prontuários são partes de uma pessoa. Amostras de sangue, radiografias, dados públicos também são considerados partes de uma pessoa e pertencem a ela. Por isso, as pesquisas que estudam “parte” de seres humanos devem seguir as mesmas

orientações da Resolução 196/96 (Brasil, 1996) Tornar público a identidade dos participantes de uma pesquisa pode causar constrangimento, dano psicológico e/ou social, por isso, o sigilo deve ser garantido (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

É preciso especificar ao voluntário o que será feito com o material recolhido para pesquisa - principalmente se houver a possibilidade de manipulação genética – e o que será feito com esse material após o fim da pesquisa, se haverá armazenamento, se será descartado ou se será reproduzido (como o caso de cultura de células) (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Há situações em que, a princípio, não há necessidade da obtenção de um consentimento individual, como: a) uso de material biológico que seria descartado que não seja possível identificar o indivíduo doador; b) levantamento de dados de prontuários médicos ou outras bases, sendo necessário assumir responsabilidade pela manutenção do sigilo e privacidade das informações; c) levantamento de dados públicos disponibilizados em bases de consultas. Nessas situações, cabe ao CEP julgar a necessidade ou não do consentimento individual, mas, mesmo quando o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é dispensado, o pesquisador deve ser ético na utilização das informações (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

5.1.4.1.3 riscos e benefícios

De acordo com a Resolução CNS196/96 o risco da pesquisa é “[...] possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.” (Brasil, 1996).

Toda pesquisa é motivada por questionamentos, incertezas, dúvidas e, por isso, não se pode garantir a ausência de riscos (Melo; Ramos, 2007). Sendo assim, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos, sejam imediatos ou tardios, ao indivíduo ou à coletividade. Isso não impede que o pesquisador tente identificar o máximo de riscos previsíveis e o que pode fazer como medidas de proteção. Aliás, quanto mais competente for o pesquisador, com maior clareza fará essa avaliação (Melo; Ramos, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O benefício em pesquisa pode ser compreendido como uma vantagem, uma melhoria para um indivíduo advinda da sua participação em uma pesquisa (Melo; Ramos, 2007). Assim, como os riscos, os benefícios podem ser diretos ao sujeito de pesquisa ou à população (como ações educativas ou preventivas), imediatos ou tardios. Em todos os casos, o pesquisador deve esclarecer essa característica de sua pesquisa durante o processo de obtenção do consentimento dos participantes (Melo; Ramos, 2007).

Como a maioria das pesquisas acontece em hospitais-escolas ou instituições de saúde ligadas ao ensino, é preciso diferenciar o benefício advindo do tratamento de saúde daquele oferecido pela pesquisa. “O pesquisador não deve se apropriar do benefício institucional para envolver seus participantes.” (Melo; Ramos, 2007, p. 65).

A Resolução CNS196/96 estabelece que os riscos são admissíveis quando: a) o benefício esperado é maior que o risco; b) quando a pesquisa tem alta possibilidade de produzir conhecimento sobre o problema que afeta os sujeitos de pesquisa e outros indivíduos; c) quando não há benefício direto ao sujeito de pesquisa, o pesquisador deve prever condições que sejam bem suportadas pelos sujeitos de pesquisa (Brasil, 1996).

Quando, no decorrer da pesquisa, surge algum risco inesperado à saúde dos participantes, não previsto no termo de consentimento, o pesquisador deve suspender imediatamente a pesquisa e informar o CEP responsável antes de dar continuidade ao estudo (Brasil, 1996). O mesmo procedimento deve ser feito quando é comprovada a superioridade de um método de estudo sobre o outro, pois os sujeitos devem receber os benefícios do melhor regime (Brasil, 1996).

As pesquisas que utilizam questionários podem, em um primeiro momento, parecer não apresentar riscos por não intervir fisicamente no ser humano, como as pesquisas clínicas, farmacológicas. No entanto, o teor das perguntas pode fazer o sujeito de pesquisa lembrar-se de situações de vida desconfortantes, constrangedoras, deixando-o perturbado por pouco ou muito tempo, ou às vezes desencadeando processos psicológicos, comportamentais ou sociais não previstos e esperados (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

5.1.4.2 texto em linguagem didática

Ética em pesquisa envolvendo seres

Não é possível datar o início das experimentações envolvendo seres humanos. Mas, um período específico da história é marcante tanto pelos resultados obtidos com as pesquisas e, principalmente, pelo modo de condução dos experimentos realizados com as pessoas.

Esse período é da 2ª Guerra Mundial, mais precisamente, os experimentos feitos nos campos de concentração nazistas utilizando prisioneiros como instrumentos de pesquisa.

O Código de Nuremberg

Após as atrocidades cometidas em nome da ciência nos campos de concentração nazistas, houve um julgamento dos médicos e pesquisadores responsáveis por tais pesquisas na cidade de Nuremberg, em 1947.

O Tribunal Militar, que realizou o julgamento, elaborou regras para a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, o qual veio a ser chamado de **Código de Nuremberg**.

Este foi o primeiro documento que definia condições para a permissão de pesquisas com seres humanos e foi pioneiro em defender que os participante deveriam ser, necessariamente, **VOLUNTÁRIOS**.

O Código de Nuremberg possui 10 regras de conduta em pesquisa que serviram de base para a elaboração dos documentos em vigor atualmente no mundo todo, dentre eles:

- Consentimento voluntário de pessoas capazes de exercer plena autonomia, sem coações, mentiras, fraudes, e outros prejuízos. Para consentirem, os participantes devem ser informados sobre a natureza da pesquisa, sua duração, finalidade, métodos, riscos e desconfortos esperados, efeitos sobre a saúde do participante decorrentes de sua participação na pesquisa.

- Os deveres e responsabilidades são do pesquisador e não podem ser transferidos a outro.
- Deve-se justificar o experimento com base em pesquisas prévias e consolidadas em laboratórios e em animais.
- Deve-se reduzir ao mínimo possível todo sofrimento e dano desnecessários.
- Em casos de previsão de risco de morte ou invalidez dos participantes, o experimento não deve ser iniciado ou deve ser interrompido, protegendo-se os participantes de qualquer tipo de dano.
- O experimento deve ser conduzido apenas por pessoas qualificadas cientificamente.
- O participante tem a liberdade de se retirar do experimento a qualquer momento.

Mesmo com a elaboração do Código de Nuremberg, ainda continuaram surgindo pelo mundo escândalos envolvendo pesquisas com seres humanos, pois muitos cientistas relacionavam o Código de Nuremberg a um instrumento de punição aos crimes nazistas, algo “distante” da realidade deles.

Além disso, os pesquisadores achavam que o processo de obtenção do consentimento dos voluntários de pesquisa era uma burocracia desnecessária.

A Declaração de Helsinque

Nesse contexto, a Associação Médica Mundial (AMM) aprova um documento chamado **Declaração de Helsinque**, em 1964, o qual possui força normativa de cunho deontológico e que diz respeito à condução de pesquisas por pesquisadores qualificados e sob vigilância de outras pessoas competentes na medicina.

A Declaração aprofundou elementos contidos no Código de Nuremberg. São reconhecidas as particularidades dos grupos vulneráveis, como pessoas legalmente incompetentes, portadores de necessidades especiais, população carente de assistência médica e outros.

A pesquisa com esses grupos devem ser realizadas apenas nos casos em que não for possível realizar o experimento com indivíduos legalmente competentes

e que seja necessária a realização da pesquisa para promover a saúde da população representada por esses grupos vulneráveis.

Estabelece, pela primeira vez, a necessidade do envio do protocolo de pesquisa a uma comissão de ética para sua consideração e aprovação antes do início da pesquisa.

Os cuidados assistenciais só podem estar associados à experimentação quando o valor preventivo, diagnóstico ou terapêutico previsto pelo experimento mostrar potencial justificável, para que a assistência médica não funcione como moeda de troca pela participação do sujeito de pesquisa.

A Declaração também aborda a ética nas publicações científicas, devendo os autores e editores publicar resultados de pesquisa independentemente de serem positivos ou negativos, além de explicitar todo e qualquer tipo de conflito de interesses.

Esta Declaração é atualizada periodicamente, sendo a última dela realizada em 2008, referente aos benefícios para os participantes após o término da pesquisa (WMA, 2008). A nova exigência é de que os pesquisadores explicitem claramente como será a forma de acesso aos benefícios previstos do estudo quando este for finalizado.

Brasil: Resolução 196/96

Em âmbito nacional, também houve um primeiro documento que regulamentava a pesquisa com seres humanos no Brasil, a Resolução CNS 01/88, sendo substituída por outra: a Resolução CNS 196/96 (Brasil, 1996).

A Resolução CNS 196/96 tem como referência os seguintes documentos internacionais: Código de Nuremberg (1947), Declaração dos Direitos do Homem (1948), Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores), Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966), Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS, 1982 e 1993), as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991) e outras leis e decretos nacionais.

De acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução 196/96, as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, no geral:

- Os pesquisadores deverão sempre obter o consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção dos vulneráveis e/ou legalmente incapazes (princípio da autonomia);
- Os pesquisadores deverão se comprometer em proporcionar o máximo de benefício e o mínimo de risco e danos, individuais ou coletivos, atuais ou potenciais (princípio da beneficência);
- Os pesquisadores deverão garantir a não ocorrência de danos previsíveis (princípio da não-maleficência);
- Deverão ser relevantes para a sociedade, com vantagens para os sujeitos da pesquisa, proteção dos sujeitos vulneráveis e objetivo sócio-humanitário (princípio de justiça e equidade);
- Deverão ser fundamentadas em pesquisas prévias com animais, em laboratório ou em outros fatos científicos;
- Os pesquisadores deverão assegurar a confidencialidade e privacidade das informações e imagens obtidas dos sujeitos de pesquisa;
- Deverão ser desenvolvidas de preferência em indivíduos de autonomia plena;
- Deverão obedecer a metodologia adequada;
- Deverão assegurar acompanhamento, tratamento ou orientação aos sujeitos de pesquisa;
- Os pesquisadores deverão esclarecer o sujeito de pesquisa que este pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem justificativa e sem sofrer qualquer tipo de prejuízo;
- Os pesquisadores deverão iniciar a pesquisa apenas depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa;

A pesquisa envolvendo seres humanos não se restringe apenas a intervenções diretas, corresponde às pesquisas que envolvem direta ou indiretamente, em sua totalidade ou partes do ser humano, até mesmo o manejo de informações oriundas destes.

Com relação ao consentimento voluntário, a Resolução 196/96 diz (Brasil, 1996):

Consentimento livre e esclarecido – anuência do sujeito de pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimação, após explicação completa pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Os capítulos contidos na Resolução apresentam explicações detalhadas sobre as definições de termos utilizados no texto, sobre a eticidade das pesquisas, sobre os aspectos do processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido, sobre o detalhamento da elaboração do protocolo de pesquisa e sobre a organização, competência e finalidade dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e da comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Do ponto de vista da Ética, o interesse do ser humano deve estar acima dos interesses da ciência; portanto, as pesquisas, embora absolutamente necessárias, têm limitações ou devem ser feitas com padrões desejáveis de ética e qualidade, e também estarem de acordo com as crenças e valores da sociedade (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009. p. 308).

O que é CEP e CONEP?

A **CONEP** - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – foi criada por meio da Resolução 196/96, e possui função consultiva, deliberativa, normativa e educativa sobre pesquisas envolvendo seres humanos. É a instância superior de nível nacional do sistema brasileiro de apreciação ética.

Os **CEP** - Comitês de Ética em Pesquisa - são localizados em instituições que realizam pesquisas, como instituições de ensino, hospitais e santas casas, e têm a função de revisar todos os protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos desenvolvidos em suas instituições.

Cabe ao **CEP**:

- A responsabilidade de resguardar e garantir a segurança da integridade dos sujeitos de pesquisa;
- Receber denúncias e requerer apuração;
- Papel consultivo e educativo na reflexão da ética na ciência;
- Atuar como mediador entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa.

Quando a pesquisa envolvendo seres humanos entra no campo das temáticas especiais, as quais englobam genética humana, reprodução humana, novos dispositivos para a saúde, pesquisas em populações indígenas, pesquisas conduzidas do exterior e aquelas que envolvam aspectos de biossegurança, estas devem ser encaminhadas pelos CEP à **CONEP**, cabendo à CONEP a aprovação final.

Os membros de ambas as comissões podem ser pesquisadores, representantes de usuários, profissionais de saúde, profissionais de ciências sociais, humanas e exatas, juristas, estudiosos de bioética etc, ou seja, a composição é multi e transdisciplinar.

Todos os CEP devem possuir no mínimo 7 membros, que não podem ser remunerados, mas podem ter seus gastos ressarcidos e dispensados de seus trabalhos para executar suas tarefas no CEP.

A atuação conjunta dos CEP com a CONEP na defesa da dignidade dos sujeitos de pesquisas colabora com o Controle Social dessas práticas científicas.

Protocolo de pesquisa

O protocolo de pesquisa corresponde a um conjunto documentos que descrevem os aspectos metodológicos, éticos, orçamentais, a qualificação do pesquisador, as instâncias responsáveis e as informações sobre os sujeitos de pesquisa.

O protocolo de pesquisa deve:

- Relatar os achados de estudos anteriores sobre o tema proposto (revisão de literatura);
- Explicar a escolha da metodologia de pesquisa com base na literatura científica, descrevendo minuciosamente detalhes do desenvolvimento, critérios para inclusão e exclusão de sujeitos de pesquisa, tamanho da amostra (quantidade de sujeitos de pesquisa, por exemplo) e se há participação de grupo vulnerável;
- Especificar, detalhadamente, quais são os possíveis benefícios diretos ou indiretos para os sujeitos de pesquisa, bem como os possíveis riscos e desconfortos;

- Conter cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será utilizado com os sujeitos de pesquisa.
- Descrever a infra-estrutura disponível para o desenvolvimento da pesquisa, o orçamento e financiamento (caso haja);
- Informar a destinação de materiais coletados (descarte, armazenamento);
- Informar sobre a forma de acompanhamento dos participantes durante e após o fim da pesquisa, como fornecimento de medicamento, continuação de tratamento, acompanhamento psicológico, médico, odontológico ou a ausência de necessidade de qualquer acompanhamento;
- Garantir informação sobre o andamento da pesquisa ao participante mesmo depois de sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido;
- Garantir o sigilo e a privacidade de tudo o que diz respeito aos sujeitos de pesquisa.
- Garantir a publicação dos resultados atingidos

Pesquisas com material biológico ou informações de seres humanos

O conceito de pesquisa envolvendo seres humanos refere-se a toda pesquisa que estuda uma pessoa em si ou parte dela.

Informações contidas em prontuários são partes de uma pessoa. Sangue, radiografias, dados públicos também são considerados partes de uma pessoa e pertencem a ela. Por isso, as pesquisas que estudam “parte” de seres humanos devem seguir as mesmas orientações da Resolução 196/96 (Brasil, 1996).

Tornar público a identidade dos participantes de uma pesquisa pode causar constrangimento, dano psicológico e/ou social, por isso, o sigilo deve ser garantido.

É preciso especificar ao voluntário o que será feito com o material recolhido para pesquisa - principalmente se houver a possibilidade de manipulação genética – e o que será feito com esse material após o fim da pesquisa, se haverá armazenamento, se será descartado ou se será reproduzido (como o caso de cultura de células).

Há situações em que, a princípio, o CEP pode isentar o pesquisador da obrigatoriedade de um consentimento individual, como:

- a) quando há uso de material biológico que seria descartado e que não seja possível identificar o indivíduo doador;
- b) quando há levantamento de dados de prontuários médicos ou outras bases, sendo necessário assumir responsabilidade pela manutenção do sigilo e privacidade das informações;
- c) quando há levantamento de dados públicos disponibilizados em bases de consultas.

Nessas situações, cabe ao CEP julgar a necessidade ou não do consentimento individual, mas, mesmo quando o TCLE é dispensado, o pesquisador deve ser ético na utilização das informações.

Riscos e Benefícios

De acordo com a Resolução 196/96 (Brasil, 1996) o **risco da pesquisa é “(...) possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.”** (Grifo nosso).

Toda pesquisa é motivada por questionamentos, incertezas, dúvidas e, por isso, também não se pode garantir a ausência de riscos, sendo assim, toda pesquisa que envolve seres humanos envolve riscos em diferentes graduações, sejam imediatos ou tardios, ao indivíduo ou à coletividade.

Isso não impede que o pesquisador tente identificar o máximo de riscos previsíveis e o que pode fazer como medidas de proteção. Aliás, quanto mais competente for o pesquisador, com maior clareza fará essa avaliação.

O benefício em pesquisa pode ser compreendido como uma vantagem, uma melhoria para um indivíduo advinda da sua participação em uma pesquisa.

Assim, como os riscos, os benefícios podem ser diretos ao sujeito de pesquisa ou à população (como ações educativas ou preventivas), imediatos ou tardios.

Em todos os casos, o pesquisador deve esclarecer essa característica de sua pesquisa durante o processo de obtenção do consentimento dos participantes.

Como a maioria das pesquisas acontece em hospitais-escolas ou instituições de saúde ligadas ao ensino, é preciso diferenciar o benefício advindo do tratamento de saúde já oferecido pela instituição daquele oferecido pela pesquisa. **“O pesquisador não deve se apropriar do benefício institucional para envolver seus participantes.”** (Melo; Ramos, 2007. p. 65, grifo nosso).

A Resolução 196/96 estabelece que os riscos são admissíveis:

- Quando o benefício esperado é maior que o risco;
- Quando a pesquisa tem alta possibilidade de produzir conhecimento sobre o problema que afeta os sujeitos de pesquisa e outros indivíduos;
- Quando não há benefício direto ao sujeito de pesquisa, o pesquisador deve prever condições que sejam bem suportadas pelos sujeitos de pesquisa.

Quando, no decorrer da pesquisa, surge algum risco inesperado à saúde dos participantes, não previsto no termo de consentimento, o pesquisador deve suspender imediatamente a pesquisa e informar o CEP responsável antes de dar continuidade ao estudo.

O mesmo procedimento deve ser feito quando é comprovada a superioridade de um método de estudo sobre o outro, pois os sujeitos devem receber os benefícios do melhor regime.

E as pesquisas com questionários? Possuem riscos?

As pesquisas que utilizam questionários podem, em um primeiro momento, parecer não apresentar riscos por não intervir fisicamente no ser humano, como as pesquisas clínicas, farmacológicas.

No entanto, o teor das perguntas de um questionário pode fazer o sujeito de pesquisa lembrar-se de situações de vida desconfortantes, constrangedoras, deixando-o perturbado por pouco ou muito tempo, ou às vezes desencadeando processos psicológicos, comportamentais ou sociais não desejados.

Gente dentro de histórias

Pesquisa e pobreza

Elizete é empregada doméstica, possui dois filhos e mora em uma favela na região norte do país. Atualmente, está desempregada e faz faxina quando consegue encontrar oportunidade. O dinheiro que ganha com as faxinas quase não é suficiente para pagar a alimentação em sua casa. Elizete e seus filhos dependem de doações de igrejas, vizinhos, instituições de caridade. Pode-se dizer que esta família encontra-se em nível de pobreza, devido às suas dificuldades financeiras, à falta de saneamento básico na favela, ao difícil acesso aos serviços de saúde, educação e outras necessidades básicas.

Um dia, em uma fila para pegar uma senha para atendimento no posto de saúde para o tratamento de sua hipertensão, Elizete foi abordada por um agente de pesquisa, que lhe fez uma proposta para participar de uma pesquisa com um novo medicamento para controle da hipertensão arterial. Elizete não precisaria ficar na fila de espera para ser atendida, teria atendimentos médicos semanais, teria assistência médica em caso de intercorrências devido aos medicamentos, teria o transporte de ida para o hospital e volta para casa pagos, assim como a alimentação nos dias das consultas (um almoço no refeitório do hospital).

Elizete foi para casa com uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual assinou concordando em participar da pesquisa. Ao contar a novidade para uma vizinha, Elizete não conseguiu explicar muito bem o que exatamente acontecerá, só conseguia lembrar-se do almoço e da medicação grátis e das consultas com hora marcada.

Com o decorrer da pesquisa, Elizete começou a sentir-se mal, com muitos efeitos colaterais, mas tentava esconder ao máximo seu mal-estar porque tinha medo de ser excluída da pesquisa e deixar de receber a assistência médica semanal e o almoço nos dias das consultas com hora marcada. Por mais explicações que fossem dadas à Elizete, ela continuava a hesitar em relatar tudo o que acontecia com o uso do novo medicamento.

Após dois anos, a pesquisa chegou ao fim e Elizete não precisava mais tomar aquele medicamento. Voltou a tomar o remédio para hipertensão que tomava

antes da pesquisa e voltou a enfrentar as duras filas de espera para atendimento no posto de saúde.

Se o novo medicamento tivesse demonstrado bons resultados na pesquisa, seria justo Elizete continuar recebendo essa medicação após o fim de sua colaboração com a pesquisa?

Indicações de filmes:

O Julgamento de Nuremberg é uma obra que reconstitui o julgamento ocorrido em 1947 após o fim da Segunda Guerra Mundial. O protagonista do filme é Alec Baldwin, no papel do promotor Robert Jackson, chefe da equipe de acusação, e Brian Cox que se sobressai no papel do marechal Hermann Göring (número 2 na hierarquia nazista). No filme, foram usadas falas originais, que foram obtidas de gravações daquela época. Apresenta informações importantes sobre as perversas “pesquisas” realizadas pelos médicos nazistas nos prisioneiros de guerra.

Medidas Extremas tem como protagonista Hugh Grant, no papel de um médico inglês que começa a trabalhar em um hospital em Nova York. O médico vivido pelo ator Gene Hackman faz pesquisas com a medula espinhal de mendigos com intenção de descobrir a cura para a tetraplegia ou paraplegia. Isso provoca uma discussão sobre a ética em pesquisa e o respeito pela dignidade humana. É justo o sofrimento de alguns para o benefício de muitos?

A Ilha é um filme que envolve o uso de clones humanos para fins terapêuticos em um tempo futuro. Uma Instituição faz propaganda de criação e armazenamento de órgãos humanos, mas, na verdade, produz clones humanos de seus clientes. Os clones são mantidos em um ambiente cuidadosamente controlado e não têm a consciência de sua situação, pois terão seus órgãos retirados quando o cliente da instituição necessitar. Dois dos moradores desse lugar, Lincoln Six-Echo (interpretado por Ewan McGregor) e Jordan Two-Delta (interpretada por Scarlett Johansson), conseguem fugir desse complexo e começam a corrida para salvar suas vidas e conhecer literalmente seus criadores. Ajuda-nos a entender o drama humano decorrente do uso de tecnologias e genética humana.

O Jardineiro Fiel é um filme baseado na obra do escritor Jonh Le Carré. Ralph Fiennes interpreta um diplomata inglês no Quênia, casado com uma ativista dos direitos humanos. Sua esposa é assassinada e ele desconfia de que uma grande empresa farmacêutica está envolvida nesse crime. O filme mostra como são conduzidas algumas das pesquisas com fármacos em seres humanos em países que não possuem uma regulamentação para tal ou onde a miséria e as necessidades básicas (saneamento, alimentação, tratamento médico) atingem quase toda a população, tornando-as pessoas vulneráveis e dependentes.

Flash Page Flip

http://www.teledontofo.usp.br/moodle/file.php/33/arquivos/BIOETICA/Default.html

Firefox

Indicações de filmes

NUREMBERG

Medidas Extremas

Alma em disputa com uma doença

O **Nuremberg** é uma obra que reconstitui o julgamento ocorrido em 1947 após a o fim da Segunda Guerra Mundial. O protagonista do filme é Alvin Karpis, no papel do promotor Robert Jackson, chefe da equipe de acusação, e Brian Cox que se sobressai no papel do médico Hermann Goering (último 2 na hierarquia nazista). No filme, foram usadas falas originais que foram obtidas de gravações daquela época. Acrescenta informações importantes sobre as perversões "nazi-quase", realizadas pelos médicos nazistas nos prisões da guerra.

Medidas Extremas tem como protagonista Hugh Grant, no papel de um médico inglês que começa a trabalhar em um hospital em Nova York. O médico virado pelo ator Benic Hickman faz pesquisas com a medicina espiritual de meriques com intenção de descobrir a cura para a terapêutica ou parapsíquica. Isso provoca uma discussão sobre a ética em pesquisa e o respeito pela dignidade humana. É justo o sofrimento de alguns para o benefício de muitos?

ALMA EM DISPUTA

Alma em disputa com uma doença

Alma é um filme que envolve o uso de clones humanos para fins terapêuticos em um tempo futuro. Uma instituição faz propaganda de criação e armazenamento de órgãos humanos, mas, na verdade, produz clones humanos de seus clientes. Os clones são mantidos em um ambiente cuidadosamente controlado e não têm a consciência de sua situação, pois terão suas células retiradas quando o cliente da instituição necessitar. Dois dos moradores desse lugar, Lincoln Six Echo (interpretado por Ewan McGregor) e Jordan Two-Delta (interpretada por Scarlett Johansson), conseguem fugir desse complexo e começam a lutar para salvar suas vidas e conter literalmente seus criadores. Ajudamos a entender o drama humano decorrente do uso de tecnologias e genética humana.

FlashPageFlip.com

Quadro 5.5 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Experimentação com seres humanos”

5.1.5 Consentimento

5.1.5.1 referencial acadêmico

O Código de Nuremberg (1947) foi o grande propulsor da exigência do consentimento dos participantes em pesquisas. Mas, o consentimento é erroneamente entendido como sendo um documento que, assinado pelo sujeito de pesquisa, garante a participação do sujeito e libera o pesquisador de demais responsabilidades. É como se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) correspondesse a apenas uma prova material de defesa do pesquisador caso este fosse processado juridicamente pelo sujeito de pesquisa.

As informações passadas ao sujeito de pesquisa não podem se restringir à leitura de um documento simplesmente, pois o consentimento não é a assinatura de um documento, é um processo em que o pesquisador assumirá uma atitude de respeito pela dignidade da pessoa (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O respeito começa na forma de abordagem do possível participante, ao convidar e não obrigar a participar de uma pesquisa. Mas o convite não pode estar carregado de segundas intenções, de coações indiretas ou abuso de posição hierárquica pelo pesquisador (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O processo de obtenção do consentimento deve contemplar, num diálogo honesto e transparente, as informações correspondentes ao propósito da pesquisa, a sua forma de condução, de avaliação dos dados, os possíveis riscos, desconfortos e benefícios, a forma de divulgação dos resultados (garantia de sigilo e privacidade) e possível forma de acompanhamento (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Neste momento, tão importante quanto o conteúdo das informações é a linguagem empregada para conversar com o candidato a sujeito de pesquisa. Passar as informações sem levar em consideração a linguagem mais adequada não garante o entendimento por parte do ouvinte. Sem conhecimento real dos fatos, não há como exercer plenamente a autonomia. A linguagem a ser empregada será determinada pelo tipo de sujeito de pesquisa que será convidado; no geral, uma

linguagem simples e sem termos técnicos é a sugerida para que o participante consiga compreender o todo da pesquisa e suas partes (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009). Por tudo isso, modelos prontos de TCLE não são recomendados.

Passadas as informações pelo pesquisador, o sujeito de pesquisa tem o direito de ter um tempo para pensar, julgar de acordo com seus valores, se é bom para ele ou não participar da pesquisa a qual foi convidado. O ideal é que ele leve uma cópia do TCLE (que possui todas as explicações dadas pelo pesquisador verbalmente) para casa para reler e pensar em sua decisão (Rogers; Ballantyne, 2008).

5.1.5.1.1 o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE)

A Resolução CNS196/96 (Brasil, 1996) exige a apresentação do TCLE em todas as pesquisas que envolvam seres humanos. O processo de obtenção do consentimento corresponde a uma preocupação ética. O TCLE, que documenta ter sido contemplado os cuidados éticos, também atende uma dimensão jurídica, pois registra os direitos e deveres das partes envolvidas (pesquisador, sujeito de pesquisa, instituição, patrocinador) (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O TCLE deve conter a Identificação da equipe da pesquisa, detalhes da pesquisa (como justificativa embasadas em estudos científicos, objetivos, procedimentos que serão realizados, os benefícios esperados, os riscos e desconfortos possíveis, como será o acompanhamento e/ou assistência e quem o fará), os direitos do sujeito de pesquisa, assinaturas do pesquisador e do sujeito de pesquisa (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Após a aceitação do sujeito de pesquisa, a comunicação entre pesquisador e participante não termina na assinatura do TCLE. O sujeito de pesquisa deve receber informações sobre o andamento da pesquisa e de seus resultados (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

5.1.5.1.2 grupos vulneráveis

A vulnerabilidade pode ser entendida como incapacidade de proteger os próprios interesses, como uma capacidade reduzida de autodeterminação (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Dessa forma, as pessoas vulneráveis estão mais suscetíveis a sofrerem danos em relação às pesquisas biomédicas do que indivíduos que exercem plenamente sua autonomia, pois podem ceder mais facilmente a coerções, consentir sua participação em pesquisa sem um esclarecimento satisfatório, podem não exigir o direito de receber os benefícios conseguidos com a pesquisa, não denunciar possíveis danos causados pelo experimento ou por não compreenderem as informações sobre o que lhe dizem respeito, ou por estarem em situação de dependência, doentes ou inconscientes (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Se a informação desejada com pesquisa puder ser obtida com a participação de sujeitos de pesquisa plenamente autônomos, então, não há justificativa para a participação de grupos vulneráveis, a não ser em caso de benefício direto decorrente da pesquisa aos próprios sujeitos vulneráveis (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009; Brasil, 1996).

A vulnerabilidade pode ser permanente ou circunstancial. Para uma melhor compreensão dos diferentes tipos de situações, os grupos de pessoas vulneráveis serão divididos em tópicos:

a) Situação de dependência ou hierarquia

É uma situação de vulnerabilidade decorrente do recrutamento de voluntários que podem se sentir intimado ou intimidado a participar de uma pesquisa, ou até mesmo coagidos, devido ao seu posto de trabalho ou à sua atividade acadêmica. Pode haver constrangimento moral no caso de professores convidando seus alunos a participarem de sua pesquisa, por exemplo, assim como funcionários da instituição onde será realizada a pesquisa, militares, presidiários,

menores recolhidos em orfanatos, funcionários do próprio pesquisador etc (Sgreccia, 1996; Hossne, 2003; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

b) Mulheres grávidas ou em idade fértil

Pesquisas que não possuem o objetivo de estudar a gestação (o feto em si ou a saúde da gestante) devem buscar outro tipo de sujeito de pesquisa. Os experimentos em mulheres grávidas devem avaliar minuciosamente os riscos, os benefícios e possíveis intercorrências na saúde da gestante, do embrião ou feto, no parto, lactação e para o recém-nascido (Brasil, 1996; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009). Além disso, o pesquisador deve explicar como será oferecido o acompanhamento, a curto e longo prazo, da mulher e da criança (CIOMS, 2004).

A preocupação com mulheres em idade fértil reside na possibilidade de ocorrer uma gravidez enquanto esta mulher participa de uma pesquisa que envolve fármacos ainda sem descrições de efeitos sobre fetos e embriões. Nesses casos, o pesquisador deve informar a mulher sobre os possíveis riscos e indicar o uso de métodos contraceptivos, mas sem impor um método específico, e respeitar a escolha da mulher (Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

c) Pessoas com autonomia reduzida

Embora crianças, adolescentes e portadores de deficiências mentais sejam incapazes legalmente (não podendo assinar um TCLE), podem participar de pesquisas caso concordem com isso e que seus representantes legais também concordem (assinando o TCLE) (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

O fato de o TCLE ser assinado por um responsável legal não os excluem de participar do processo de decisão sobre si mesmo, dentro do limite de sua compreensão. O pesquisador precisa informar e esclarecer tanto os responsáveis

quanto a criança, adequando sua linguagem na comunicação com cada indivíduo (Ramos, 2002; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Neste grupo, a comunicação não verbal merece atenção especial por parte dos pesquisadores, pois a criança ou o deficiente podem expressar de modo não-verbal a aceitação ou o descontentamento com a pesquisa. Assim como qualquer outro sujeito de pesquisa, as crianças e os deficientes mentais têm o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (Clotet; Goldim; Franciscone, 2000; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

Pode-se dizer que cabe à criança, adolescente ou portador de deficiência mental consentir e, ao responsável legal, autorizar a participação em pesquisa (Ramos, 2002; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

d) Portadores de deficiência sensoriais e de dificuldades de entender o idioma

A questão aqui é adequar a forma de comunicação à necessidade de cada pessoa. Se for um indivíduo com visão limitada ou totalmente cego, o TCLE pode ser escrito em Braille, por exemplo, ou pode ser usada a linguagem dos sinais em caso de pessoas surdas. Não há necessidade de o pesquisador dominar todas as formas de comunicação, pois pode ser ajudado por alguém que domine determinada linguagem (Clotet; Goldim; Franciscone, 2000; Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

A dificuldade de entender o idioma do pesquisador responsável pode ser contornada pela ajuda de um intérprete idôneo (Clotet; Goldim; Franciscone, 2000; Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

e) Analfabetos

Os sujeitos de pesquisa analfabetos ou seus representantes legais (também analfabetos) não assinam o TCLE, mas colocam a impressão datiloscópica. Mas para garantir a honestidade no processo do consentimento, o TCLE deve ser lido

aos voluntários na presença de uma testemunha que não tenha vínculos com a pesquisa ou pesquisador. Essa testemunha assinará o TCLE se comprovou que o pesquisador informou e esclareceu todos os aspectos da pesquisa, se respondeu a possíveis dúvidas e se os voluntários ficaram satisfeitos com as explicações (Clotet; Goldim; Franciscone, 2000; Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

f) População indígena

Não é permitida nenhuma ação que desrespeite a cultura, a forma de comunicação, a política, a organização social, os costumes, as crenças, a visão de mundo e as regras de qualquer população indígena. Para melhor relacionamento, é indicada a participação de um consultor familiarizado com a comunidade a ser convidada ao estudo (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

g) Pessoas com dificuldade de acesso a cuidados e recursos básicos

Pessoas em situação de pobreza dificilmente conseguem exercer sua autonomia, pois a precariedade de sua sobrevivência não oferece alternativas para escolhas (Sakaguti; Trindade, 2007; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

A participação em pesquisas clínicas pode parecer a única possibilidade de receber tratamento médico básico. Essa condição influi negativamente no processo de obtenção de consentimento, pois o desespero dessas pessoas pode prejudicar a voluntariedade, ao concordarem em serem sujeitos de pesquisa mesmo quando não reconhecem benefícios oferecidos pela pesquisa (Rogers; Ballantyne, 2008).

A situação de pobreza é agravada quando há a presença de doenças incuráveis, como o câncer. Assim, essa população é altamente suscetível a participar de pesquisas e o pesquisador deve redobrar a atenção no processo de obtenção do consentimento (Sakaguti; Trindade, 2007; Rogers; Ballantyne, 2008; Sakaguti; Junqueira; Ramos, 2009).

5.1.5.1.3 consentimento na assistência à saúde

A questão do consentimento na assistência à saúde refere-se à concordância do paciente em dar início a um tratamento. Apesar de parecer óbvio que o paciente deve estar de acordo com as decisões que dizem respeito ao seu tratamento, nem sempre os profissionais de saúde, e até mesmo os pacientes, possuem entendimento sobre seus direitos e deveres com relação ao consentimento.

O processo de obtenção do consentimento para tratamento não termina na primeira consulta, pois as condições em que se encontra o paciente (situação de muita dor ou de muito medo, por exemplo) podem influenciar o seu entendimento das informações e a sua autonomia (suas decisões), podendo haver um consentimento sem um verdadeiro entendimento (Junqueira, 2007).

Outro fator que comumente influencia de forma negativa a autonomia da pessoa é a baixa-escolaridade e/ou a baixa-renda familiar. Pessoas nessas condições sócio-econômicas podem se sentir dependentes dos serviços profissionais e, daí, apresentar um comportamento submisso. Para tentar agradar, o paciente pode concordar com o que é dito pelo profissional sem mesmo compreender uma palavra. Isso é muito freqüente (Junqueira, 2007).

Algumas atitudes e posturas dos profissionais também prejudicam a relação com os pacientes. Por muito tempo, o profissional da saúde tem sido visto como uma autoridade em sua área, cabendo ao paciente aceitar o tratamento que o profissional acha melhor. Mas, a melhor técnica nem sempre é a melhor opção. Para saber qual é a melhor opção, é preciso conhecer a realidade do paciente para saber o que é oportuno naquele momento (Clotet; Goldim; Franciscone, 2000; Ramos, 2002).

Toda pessoa, mesmo que em condições de autonomia reduzida (como pessoas com limitação de compreensão ou crianças) merece receber informações adequadas a respeito de seu quadro, das necessidades de tratamento, das alternativas e do prognóstico. As informações devem ser passadas em linguagem simples, não técnica, na medida de compreensão de cada paciente, mesmo que seja necessário repetir várias vezes a mesma coisa, pois só é possível concordar com aquilo que foi compreendido. O profissional não pode ter pressa em iniciar o

tratamento antes de um verdadeiro consentimento, porque este representa a maior forma de respeito entre essas duas pessoas (profissional e paciente) (Ramos, 2002).

No caso da pesquisa com seres humanos, trata-se de um experimento no qual não há a certeza de um benefício e nem mesmo os percentuais de sucesso são conhecidos. As pesquisas, muitas vezes, visam verificar a eficácia de um método terapêutico. Por isso, devemos sempre garantir que a decisão de participar ou não de uma pesquisa não se faça sob pressão. Isto é, devemos garantir a voluntariedade na participação. Por isso, princípio da **autonomia** prevalece sobre o princípio da beneficência no caso das pesquisas (Sakaguti; Trindade, 2007).

Já no caso da assistência à saúde, o paciente tem a necessidade de um determinado tratamento. Sendo assim, precisamos identificar suas reais necessidades. O foco, o ponto de partida é a necessidade do paciente. Cabe, então, ao profissional elucidar ao paciente quais são essas necessidades para que, posteriormente, o paciente possa exercer sua autonomia (Ramos, 2002; Junqueira, 2007).

5.1.5.2 texto em linguagem didática

Consentimento na pesquisa

O consentimento é erroneamente entendido como sendo um documento que, assinado pelo sujeito de pesquisa, garante a participação do sujeito e libera o pesquisador de demais responsabilidades. É como se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) correspondesse a apenas uma prova material de defesa do pesquisador caso este fosse processado juridicamente pelo sujeito de pesquisa.

As informações passadas ao sujeito de pesquisa não podem se restringir à leitura de um documento simplesmente, pois o consentimento não é a assinatura de um documento, é um processo em que o pesquisador assumirá uma atitude de respeito pela dignidade da pessoa.

O respeito começa na forma de abordagem do possível participante, ao **convidar e não obrigar** a participar de uma pesquisa. Mas o convite não pode estar

carregado de segundas intenções, com coações indiretas ou abuso de posição hierárquica pelo pesquisador.

O processo de obtenção do consentimento deve contemplar, num diálogo honesto e transparente, as informações correspondentes ao propósito da pesquisa, a sua forma de condução, de avaliação dos dados, os possíveis riscos, desconfortos e benefícios, a forma de divulgação dos resultados (garantia de sigilo e privacidade) e possível forma de acompanhamento.

Neste momento, tão importante quanto o conteúdo das informações é a **linguagem** empregada para conversar com o candidato a sujeito de pesquisa.

Passar as informações sem levar em consideração a linguagem mais adequada não garante o entendimento por parte do ouvinte. **Sem conhecimento real dos fatos, não há como a decisão em participar da pesquisa ser consciente e honesta.**

A linguagem a ser empregada será determinada pelo tipo de sujeito de pesquisa que será convidado; no geral, é a sugerida uma linguagem simples e sem termos técnicos para que o participante consiga compreender o todo da pesquisa e suas partes. E nunca esquecer de que se trata de um convite para sempre se garantir a liberdade do participante.

Passadas as informações pelo pesquisador, o sujeito de pesquisa tem o direito de ter um tempo para pensar, julgar de acordo com seus valores, se é bom para ele ou não participar da pesquisa a qual foi convidado.

Todo esse processo deve ser registrado por escrito, em documento denominado Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Uma cópia do TCLE deve ser entregue à pessoa convidada para que esta o leve para casa para reler e pensar em sua decisão.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) na pesquisa

O processo de obtenção do consentimento corresponde a uma preocupação ética. O TCLE, que documenta ter sido contemplado os cuidados éticos, também atende uma dimensão jurídica, pois registra os direitos e deveres das partes envolvidas (pesquisador, sujeito de pesquisa, instituição, patrocinador).

Após a aceitação do sujeito de pesquisa, a comunicação entre pesquisador e participante não termina na assinatura do TCLE. O sujeito de pesquisa deve

receber informações sobre o andamento da pesquisa e de seus resultados a qualquer momento.

O que deve conter um TCLE:

Identificação da equipe da pesquisa:

- Nome da Instituição onde será realizada a pesquisa;
- Departamento e disciplina (se houver);
- Nome do pesquisador responsável e colaboradores;
- O patrocinador da pesquisa (se houver);

Detalhes da pesquisa:

- Título da pesquisa;
- Justificativas embasadas em estudos científicos;
- Objetivos;
- Procedimentos que serão realizados;
- Os benefícios esperados, os riscos e desconfortos possíveis;
- Os métodos alternativos existentes (se houverem);
- Como será o acompanhamento e/ou assistência e quem o fará;

Os direitos do sujeito de pesquisa:

- Garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa;
- Garantia de que o participante pode se retirar a pesquisa a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de prejuízo;
- Garantia de sigilo e privacidade de todas as informações e/ou imagens e modelos obtidos;
- Quando houver gastos para o sujeito de pesquisa, tais como transporte e alimentação decorrentes da participação (cobertura de gastos, não são pagamentos pela participação) deverão constar claramente como será feito os ressarcimentos;

- Garantia de indenização caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa;
- Forma de contato com o pesquisador e com o CEP referência (caso seja necessário comunicar algo, tirar dúvida ou mesmo realizar denúncias).
- Receber informações sobre uso, armazenamento e descarte de materiais coletados.

Assinaturas e vias do documento:

- É preciso haver a identificação e assinatura do sujeito de pesquisa e do pesquisador.
- O TCLE é emitido em duas vias: uma deve ser entregue ao sujeito de pesquisa e a outra deve ser arquivada pelo pesquisador responsável.

O que são grupos vulneráveis?

A vulnerabilidade pode ser entendida como incapacidade de proteger os próprios interesses, uma capacidade reduzida de autodeterminação.

Dessa forma, as pessoas vulneráveis estão mais suscetíveis a sofrerem danos em relação às pesquisas biomédicas do que indivíduos que exercem plenamente sua autonomia, pois podem ceder mais facilmente a coerções, consentir sua participação em pesquisa sem um esclarecimento satisfatório, podem não exigir o direito de receber os benefícios conseguidos com a pesquisa, podem não denunciar possíveis danos causados pelo experimento.

Um exemplo de vulnerabilidade é o caso da participação de crianças em pesquisas:

Se a informação desejada com a pesquisa puder ser obtida com a participação de sujeitos adultos plenamente autônomos, então, não há justificativa para a participação de crianças, a não ser em caso de benefício direto decorrente da pesquisa a essa população infantil. Um exemplo de benefício direto é a pesquisa que visa determinar dosagens de medicamentos para crianças.

A vulnerabilidade pode ser permanente ou circunstancial. Para uma melhor compreensão dos diferentes tipos de situações, os grupos de pessoas vulneráveis serão divididos em tópicos:

a) Situação de dependência ou hierarquia

É uma situação de vulnerabilidade decorrente do recrutamento de voluntários que podem se sentirem intimados ou intimidados a participar de uma pesquisa, ou até mesmo coagidos, devido ao seu posto de trabalho ou à sua atividade acadêmica.

Pode haver constrangimento moral no caso de professores convidando seus alunos a participarem de sua pesquisa, por exemplo, assim como funcionários da instituição onde será realizada a pesquisa, militares, presidiários, menores recolhidos em orfanatos, funcionários do próprio pesquisador etc.

b) Mulheres grávidas ou em idade fértil

Pesquisas que não possuem o objetivo de estudar a gestação (o feto em si ou a saúde da gestante) devem buscar outro tipo de sujeito de pesquisa.

Os experimentos em mulheres grávidas devem avaliar minuciosamente os riscos, os benefícios e possíveis intercorrências na saúde da gestante, do embrião ou feto, no parto, lactação e para o recém-nascido.

Além disso, o pesquisador deve explicar como será oferecido o acompanhamento, a curto e longo prazo, da mulher e da criança.

A preocupação com mulheres em idade fértil reside na possibilidade de ocorrer uma gravidez enquanto esta mulher participa de uma pesquisa que envolve fármacos ainda sem descrições de efeitos sobre fetos e embriões. Nesses casos, o pesquisador deve informar a mulher sobre os possíveis riscos e indicar o uso de métodos contraceptivos, mas sem impor um método específico, e respeitar a escolha da mulher.

c) pessoas com autonomia reduzida

Embora crianças, adolescentes e portadores de deficiências mentais sejam incapazes legalmente (não podendo assinar um TCLE), podem sim participar de pesquisas caso concordem com isso e que seus representantes legais também concordem (assinando o TCLE).

O fato de o TCLE ser assinado por um responsável legal não exclui a criança, o adolescente ou a pessoa portadora de deficiência mental de participar do processo de decisão sobre si mesmo, dentro do limite de sua compreensão.

O pesquisador precisa informar e esclarecer tanto os responsáveis quanto a criança, adequando sua linguagem na comunicação com cada indivíduo. Crianças já alfabetizadas podem assinar um Termo de Assentimento, o que elimina a necessidade de existir um TCLE assinado pelos responsáveis.

Neste grupo, a comunicação não verbal merece atenção especial por parte dos pesquisadores, pois a criança ou o deficiente podem expressar de modo não-verbal a aceitação ou o descontentamento com a pesquisa.

Assim como qualquer outro sujeito de pesquisa, as crianças e os portadores de deficiência mental têm o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Pode-se dizer que cabe à criança, adolescente ou portador de deficiência mental consentir e, ao responsável legal, autorizar a participação em pesquisa.

d) Portadores de deficiência sensoriais e de dificuldades de entender o idioma

A questão aqui é adequar a forma de comunicação à necessidade de cada pessoa. Se for um indivíduo com visão limitada ou totalmente cego, o TCLE pode ser escrito em Braille, por exemplo, ou pode ser usada a linguagem dos sinais em caso de pessoas surdas.

Não há necessidade de o pesquisador dominar todas as formas de comunicação, pois pode ser ajudado por alguém que domine determinada linguagem. A dificuldade de entender o idioma do pesquisador responsável pode ser contornada pela ajuda de um intérprete.

e) Analfabetos

Os sujeitos de pesquisa analfabetos ou os representantes legais analfabetos não assinam o TCLE, mas colocam a impressão datiloscópica.

Para garantir a honestidade no processo do consentimento, o TCLE deve ser lido aos voluntários na presença de uma testemunha que não tenha vínculos com a pesquisa ou pesquisador.

Essa testemunha assinará o TCLE se comprovou que o pesquisador informou e esclareceu todos os aspectos da pesquisa, se respondeu a possíveis dúvidas e se os voluntários ficaram satisfeitos com as explicações.

f) População indígena

Não é permitido nenhuma ação que desrespeite a cultura, a forma de comunicação, a política, a organização social, os costumes, as crenças, a visão de mundo e as regras de qualquer população indígena.

Para melhor relacionamento, é indicada a participação de um consultor familiarizado com a comunidade a ser convidada ao estudo. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece uma Resolução específica no caso dessas pesquisas.

g) Pessoas com dificuldade de acesso a cuidados e recursos básicos

Pessoas em situação de pobreza dificilmente conseguem exercer sua autonomia, pois a precariedade de sua sobrevivência não oferece alternativas para escolhas.

A participação em pesquisas clínicas pode parecer a única possibilidade de receber tratamento médico básico. Essa condição influi negativamente no processo de obtenção de consentimento, pois o desespero dessas pessoas pode prejudicar a voluntariedade, ao concordarem em serem sujeitos de pesquisa mesmo quando não reconhecem benefícios oferecidos pela pesquisa.

A situação de pobreza é agravada quando há a presença de doenças incuráveis, como o câncer. Assim, essa população é altamente suscetível a participar de pesquisas e o pesquisador deve redobrar a atenção no processo de obtenção do consentimento.

Consentimento na assistência à saúde

Saindo do contexto da pesquisa científica e, uma vez que estamos tratando da questão do consentimento, nesse capítulo queremos também comentar a questão do consentimento na assistência à saúde, que se refere à concordância do paciente em dar início a um tratamento.

Nem sempre os profissionais de saúde, e até mesmo os pacientes, possuem entendimento sobre seus direitos e deveres com relação ao consentimento.

O processo de obtenção do consentimento para tratamento não termina na primeira consulta, pois as condições em que se encontra o paciente podem influenciar no seu entendimento e na sua autonomia, podendo haver um consentimento sem um verdadeiro entendimento.

Por exemplo, quando estamos com dor de dente, podemos não prestar muita atenção nas informações e concordar com alguma coisa que não compreendemos, só para começar rapidamente a resolução do problema. Isso pode acarretar em futuros desentendimentos entre profissional e paciente, pode prejudicar o andamento do tratamento propriamente dito etc.

Não são apenas crianças que possuem medo do desconhecido, nós adultos também ficamos ansioso e com receio daquilo que não conhecemos, de uma situação em que não temos controle, em que não sabemos qual será o próximo passo. Por isso, a sensação de medo e de ansiedade também influencia a capacidade de decisão do paciente sobre o que diz respeito a ele mesmo (autonomia).

Outro fator que comumente influencia de forma negativa a autonomia da pessoa é a baixa-escolaridade e/ou a baixa-renda familiar. Pessoas nessas condições sócio-econômicas podem se sentir dependentes dos serviços profissionais e, daí, apresentar um comportamento submisso. Para tentar agradar, o paciente pode concordar com o que é dito pelo profissional sem mesmo compreender uma palavra. Isso é muito freqüente.

Então, quando o paciente está vulnerável ou suspeitamos disso, devemos conversar novamente com o paciente nas consultas seguintes, quantas vezes forem necessárias para um bom entendimento.

Mas, se engana quem pensa que a falta de entendimento entre profissional e paciente seja condicionada apenas por comportamentos dos pacientes. Algumas atitudes e posturas dos profissionais também prejudicam a relação com os pacientes.

Por muito tempo, o profissional da saúde tem sido visto como uma autoridade em sua área, cabendo ao paciente aceitar o tratamento que o profissional acha melhor.

Se eu estudei durante anos na graduação, em cursos de aperfeiçoamento, e o paciente é leigo em odontologia, é óbvio que eu sei qual é a melhor opção para ele. Será mesmo que sei o que é melhor para o outro? Procurei saber os seus valores, suas condições de vida, sua história de vida, suas expectativas com o tratamento etc, ou me preocupei apenas com as questões técnicas da odontologia?

A melhor técnica nem sempre é a melhor opção. Para saber qual é a melhor opção, é preciso conhecer a realidade do paciente para saber o que é oportuno naquele momento.

Resumindo...

Para o processo de obtenção de o consentimento caminhar adequadamente, é preciso reconhecer a realidade em que está inserido o paciente, a realidade do profissional e os aspectos éticos envolvidos nessa relação.

Toda pessoa, mesmo que em condições de autonomia reduzida (como pessoas com limitação de compreensão ou crianças) merece receber informações adequadas a respeito de seu quadro, das necessidades de tratamento, das alternativas e do prognóstico, na medida da capacidade de entendimento.

As informações devem ser passadas em **linguagem simples**, não técnica, na medida de compreensão de cada paciente, mesmo que seja necessário **repetir** várias vezes a mesma coisa, pois só é possível concordar com aquilo que foi compreendido.

É assim que verdadeiramente respeitamos as pessoas.

Qual diferença entre o consentimento na pesquisa e na assistência?

No caso da pesquisa com seres humanos, trata-se de um experimento no qual não há a certeza de um benefício e nem mesmo os percentuais de sucesso são conhecidos.

As pesquisas, muitas vezes, visam verificar a eficácia de um método terapêutico. Por isso, devemos sempre garantir que a decisão de participar ou não de uma pesquisa não se faça sob pressão. Isto é, devemos garantir a voluntariedade na participação.

Por isso, princípio da **autonomia** prevalece sobre o princípio da beneficência no caso das pesquisas.

Já no caso da assistência à saúde, o paciente tem a necessidade de um determinado tratamento. Sendo assim, precisamos identificar suas reais necessidades. O foco, o ponto de partida é a necessidade do paciente. Cabe, então, ao profissional elucidar ao paciente quais são essas necessidades para que, posteriormente, o paciente possa exercer sua autonomia.

Além de se esforçar para explicar, o profissional deve também se esforçar para verificar se o paciente realmente entendeu as informações. Se há dúvidas sobre o verdadeiro entendimento pelo paciente, moralmente o profissional não pode aceitar como válida uma autorização para tratamento, mesmo por escrito, que o paciente venha assinar.

Por outro lado, se é o paciente que está insistindo na realização de um procedimento e o profissional não tem a convicção de que é melhor para o paciente, o profissional tem o direito de se recusar a executar tal procedimento por “objeção de consciência”.

Então, o princípio primeiro é o **benefício** e, em um segundo momento, o princípio da autonomia no caso do consentimento na assistência à saúde.

Pessoas dentro de histórias

A senhora e seus quatro dentes

Dona Augustina é uma viúva de 72 anos. Durante toda sua vida trabalhou na colheita de cana de açúcar no interior de São Paulo para criar seus quatro filhos. Esta senhora não aprendeu a ler e a escrever, é uma pessoa simples e ainda vive no interior com dois de seus filhos. Nos últimos meses, o estado de saúde de Dona Augustina tem piorado e os médicos chegaram à conclusão que sua debilidade é devida à má nutrição.

Dona Augustina não se alimenta bem porque não consegue mastigar a maioria dos alimentos, pois sofreu várias extrações dentárias com o passar dos anos (possuía quatro dentes em sua boca). Pedro, o filho mais velho, levou-a ao centro de saúde na cidade para uma consulta com o dentista. Durante a consulta, o dentista examinou a boca da senhora, tirou algumas radiografias e explicou a situação do caso para Pedro. Pensando na melhor opção, ficou decidido que Dona Augustina voltaria na semana seguinte para colocar uma prótese. Na avaliação do dentista, a melhor opção seria extrair os quatro dentes restantes e colocar uma prótese total imediata.

Dona Augustina chegou para a consulta seguinte, sentou-se na cadeira e o dentista lhe explicou que seria anestesiada, que sentira um formigamento na língua e nos lábios e que era para avisá-lo caso sentisse alguma dor. A senhora ficou com medo, nervosa, mas não teve coragem para fazer nenhuma pergunta, apenas obedecia e concordava com o que o dentista falava. Ao final da consulta, Dona Augustina estava com a prótese total em sua boca e recebeu instruções do dentista sobre como cuidar de sua prótese nova e como seria o processo de adaptação. Pedro viu o resultado final e achou que as próteses ficaram ótimas.

Ao chegar em casa, Dona Augustina foi direto ao pequeno espelho em seu quarto. Retirou as próteses e viu sua boca totalmente desdentada. Aquela imagem a deixou tão triste a ponto de deitar-se na cama e chorar em silêncio a noite toda. Nos dias seguintes, Pedro e João repararam que a mãe se alimentava menos ainda, estava sempre com o olhar triste e sem ânimo para nada.

- Mãe, por que a senhora anda desse jeito? A sua dentadura está machucando?

- Não...não machuca não...

- Então por que a senhora fica chorando pelos cantos? Tem alguma coisa incomodando a senhora? Tem alguma coisa que posso fazer para ajudar a senhora?

- O que eu queria já não tem mais jeito...queria meus dentes de volta.

- Mas a senhora sabe que foi melhor ter arrancado esses dentes para colocar a dentadura!

- Melhor pra quem filho? Ninguém perguntou nada pra mim. Eu queria continuar com meus dentes. Esses eram bons...

Uma assistente social da prefeitura foi chamada para conversar com Dona Augustina, para tentar fazê-la melhorar.

Com o passar do tempo, Dona Augustina conseguiu adaptar-se às próteses, começou a se alimentar melhor e sua saúde geral melhorou.

O que aconteceu de errado nesse caso?

Os profissionais de saúde conversaram pouco com Dona Augustina a respeito das condições de saúde dela e das possibilidades de tratamento. As explicações foram dadas ao filho dela (Pedro) e foi ele quem tomou a decisão em conjunto com os profissionais sobre o tratamento da mãe. Dona Augustina, a protagonista, foi apenas informada sobre o que seria feito com ela e não teve a oportunidade de dizer o quanto significava para ela continuar com os dentes na boca.

Mesmo que o melhor benefício para Dona Augustina fosse a exodontia de seus dentes para a colocação das próteses, não podemos ignorar a participação das pessoas sobre decisões que afetam a elas mesmas.

A falta de esclarecimento, mesmo bem intencionada, desrespeita a dignidade da pessoa e pode provocar sofrimentos desnecessários.

E se, mesmo devidamente esclarecida e informada, a paciente decidisse em continuar com seus dentes? Como resolver seu problema de má nutrição?

Para tomar a melhor decisão, precisamos conhecer toda a realidade do problema. Precisamos ampliar o olhar para aumentarmos o leque de opções. Por exemplo: será que seria possível melhorar a dieta alimentar, com ajuda de um nutricionista, ao ponto de a paciente manter a saúde de seu corpo e continuar com o déficit de mastigação? Haveria alguma alternativa?

Ouvir a outra pessoa ajuda-nos não só a diagnosticar uma doença, mas a descobrir qual o melhor caminho para o bem daquela pessoa.

Direito a não ser informado

Sr Antônio é um comerciante de 55 anos, casado e possui dois filhos. Sempre teve muito medo de ir ao dentista e só vai ao consultório quando sente muita dor. Na sua última consulta, seu dentista reparou que havia algo diferente na língua do Sr. Antônio e, por saber que seu paciente fuma há muitos anos, decidiu fazer um exame chamado “biópsia”. O dentista disse ao Sr. Antônio que iria remover um pedacinho do tecido da língua para enviar ao laboratório, a fim de verificar o que era aquela alteração na parte lateral da língua. Disse também que poderia haver a possibilidade de ser uma alteração benigna ou uma alteração maligna.

Ao ouvir a palavra “maligna”, o Sr. Antônio entendeu que poderia se tratar de um câncer e entrou em pavor. Ficou tão transtornado que não conseguia mais entender o que o dentista falava a partir daí. Nessas condições, o dentista tentou acalmar o Sr. Antônio dizendo que era apenas uma suspeita, que não havia nada confirmado e pediu que o Sr. Antônio viesse acompanhado na consulta seguinte.

Infelizmente, houve a confirmação da presença de câncer na língua do Sr. Antônio. O dentista deu a notícia do diagnóstico para o Sr. Antônio e para seu filho. Enquanto o dentista falava sobre as possibilidades de tratamento e de chances de cura, o Sr. Antônio levantou-se da cadeira, disse que não agüentava mais ouvir aquilo e saiu para esperar seu filho na sala de espera do consultório. O dentista compreendeu a reação de seu paciente e deu todas as explicações ao filho dele, que ouvia com muita atenção. Como todos os tipos de tratamento para câncer são feitos pela medicina, o dentista fez um encaminhado para o Sr. Antônio passar com um médico especializado.

Sr. Antônio sabia que tinha uma doença grave, queria ficar bom, mas não queria tocar no assunto, não conseguia falar a respeito disso. Ele aceitava fazer tratamento, mas não queria tomar nenhuma decisão, não queria conversar com os médicos, não queria saber de nada. Passou todo o tratamento sem querer receber informação sobre o que estava acontecendo. Era sempre seu filho quem conversa com os médicos e quem dava o consentimento para a realização dos tratamentos.

O paciente tem direito de não ser informado e esclarecido sobre sua condição?

Sim. Neste caso, o profissional pode chamar alguém da família para participar das decisões sobre o tratamento do paciente. Mas, assim que o paciente manifestar desejo de exercer sua autonomia, ele deverá ser devidamente informado e esclarecido de toda a situação.

E se o Sr. Antônio se recusasse a também não fazer os tratamentos?

O que você faria no lugar do profissional de saúde?

Indicações de filmes:

O Jardineiro Fiel é um filme baseado na obra do escritor Jonh Le Carré e com direção do brasileiro Fernando Meirelles. Ralph Fiennes interpreta um diplomata inglês no Quênia, casado com uma ativista dos direitos humanos. Sua esposa é assassinada e ele desconfia que uma grande empresa farmacêutica está envolvida nesse crime. O filme mostra a vulnerabilidade de pessoas carentes e sua participação em pesquisas com fármacos.

Medidas Extremas tem como protagonista Hugh Grant, no papel de um médico inglês que começa a trabalhar em um hospital em Nova York. O médico vivido pelo ator Gene Hackman faz pesquisas com a medula espinhal de mendigos com intenção de descobrir a cura para a tetraplegia ou paraplegia. Isso provoca uma discussão sobre a ética em pesquisa e o respeito pela dignidade humana. A condição em que uma pessoa se encontra reduz sua dignidade?

Firefox Flash Page Flip

http://www.teledonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

whit

FlashPageFlip.com

b) Mulheres grávidas ou em idade fértil

Pesquisas que não possuem o objetivo de estudar a gestação (o fato em si ou a saúde da gestante) devem buscar outro tipo de sujeito da pesquisa.

Os experimentos em mulheres grávidas devem avaliar minuciosamente os riscos, os benefícios e possíveis interferências na saúde da gestante, do embrião ou feto, no parto, lactação e para o recém-nascido. Além disso, o pesquisador deve explicar como será oferecido o acompanhamento, a curto e longo prazo, da mulher e da criança.

c) Pessoas com autonomia reduzida

Embora crianças, adolescentes e portadores de deficiências mentais sejam incapazes legalmente (não podendo assinar um TCLE), podem sim participar de pesquisas caso concordem com isso e que seus representantes legais também concordem (assinando o TCLE).

O fato de o TCLE ser assinado por um responsável legal não exclui a criança, o adolescente ou a pessoa portadora de deficiência mental de participar do processo de decisão sobre a mesma, dentro do limite de sua compreensão.

O pesquisador precisa informar e esclarecer tanto os responsáveis quanto a criança, adequando sua linguagem na comunicação com cada indivíduo. Crianças já alfabetizadas podem assinar um Termo de Assentimento, o que elimina a necessidade de existir um TCLE assinado pelos responsáveis.

d) Portadores de deficiência sensoriais e de dificuldades de entender o idioma

A questão aqui é adequar a forma de comunicação à necessidade de cada pessoa.

Se for um indivíduo com visão limitada ou totalmente cega, o TCLE pode ser escrito em Braille, por exemplo, ou pode ser usado a linguagem dos sinais em caso de pessoas surdas.

Não há necessidade de o pesquisador dominar todas as formas de comunicação, pois pode ser ajudado por alguém que domine determinada linguagem.

A dificuldade de entender o idioma do pesquisador responsável pode ser contornada pela ajuda de um intérprete.

e) Analfabetos

Os sujeitos de pesquisa analfabetos ou os representantes legais analfabetos não assinam o TCLE, mas colocam a impressão dactiloscópica.

Para garantir a honestidade no processo do consentimento, o TCLE deve ser lido aos voluntários na presença de uma testemunha que não tenha vínculo com a pesquisa ou pesquisador.

Essa testemunha assinará o TCLE se corroborar que o pesquisador informou e esclareceu todos os aspectos da pesquisa, se respondeu a possíveis dúvidas e se os voluntários ficaram satisfeitos com as explicações.

Quadro 5.6 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Consentimento”

5.1.6 Humanização

5.1.6.1 referencial acadêmico

Falar sobre humanização na saúde parece, a princípio, ser redundante e desnecessário. Como a prática do cuidado do ser humano poderia ser desumana? Não entraremos no mérito de explicar todos os acontecimentos filosóficos, históricos, científicos, educacionais, políticos que proporcionaram as mudanças responsáveis por nossa realidade atual. Iremos contextualizar o cenário em que vivemos para, a partir daí, refletir sobre possíveis propostas de melhoras.

Infelizmente, nossa realidade é rica em exemplos de desrespeitos à dignidade das pessoas que procuram assistência à saúde: há despersonalização do atendimento, solidão hospitalar, falta de compromisso com os direitos do cidadão, coisificação das pessoas, exacerbação das características biológicas, rigorosa prática científica, desvalorização do processo de obtenção de consentimentos, desvalorização do contexto familiar e sócio-cultural, há enormes filas e horas de espera por atendimento, insensibilidade de muitos profissionais, degradação do local de atendimento, etc.

O ser humano passou a ser visto de modo fragmentado, entendido de acordo com uma visão cartesiana, fazendo-se distinção entre mente e corpo (Sgreccia, 1996; Goulart; Chiari, 2007; Barbosa; Silva, 2007). Ao privilegiar apenas o aspecto físico da pessoa, facilmente passamos a dar demasiada importância aos achados científicos/médicos (como exames laboratoriais, imaginológicos, etc). Ou seja, quem define o que o paciente tem é o cientista, não havendo mais o caráter subjetivo da experiência da doença. Se nenhum exame identifica a queixa do paciente, então, o paciente não tem nada (mesmo quando este afirma que não está bem) (Sgreccia, 1996; Goulart; Chiari, 2007; Barbosa; Silva, 2007).

Por mais avançadas que sejam as tecnologias de diagnósticos e tratamentos que um serviço de saúde possua, ainda não conseguirá sanar todas as necessidades de um paciente se questões de humanização forem ignoradas (Goulart; Chiari, 2007).

Nesse contexto, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), a qual foi formulada a partir de experiências em serviços municipais e estaduais de saúde que mostraram bons resultados. O entendimento de humanização do SUS passa por (Brasil, 2008, p. 6):

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Lutar por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um [...].

O HumanizaSUS, que possui Coordenação vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, atua em instituições de saúde, municípios e nos estados, por meio de oferecimento de cursos, seminários, oficinas, materiais educativos, de divulgação e outros dispositivos para implementar a humanização na saúde, como o sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (ouvidoria, pesquisa de satisfação, etc), o projeto de acolhimento familiar/cuidador (Direito de Acompanhante, Visita Aberta, etc), o Grupo de Trabalho em Humanização, etc (Brasil, 2008).

As orientações gerais da política do HumanizaSUS, apontam para ampliação do diálogo entre gestores, trabalhadores da saúde e população para: uma gestão participativa e compartilhada (ampliando a autonomia e protagonismo de todos os envolvidos); incentivo de práticas resolutivas, racionalizando os recursos e eliminando intervenções desnecessárias; reforçar a co-responsabilidade de usuários, trabalhadores e gestores no processo saúde/doença, no problema da violência contra crianças, idosos, mulheres, preconceitos no geral, da violência de agentes do Estado para com populações pobres e marginalizadas, no processo de acolhimento e encaminhamento dessas questões; promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, etc (Brasil, 2008).

Na prática, o HumanizaSUS pretende reduzir filas e tempo de espera, realizar um atendimento mais acolhedor e resolutivo, garantir os direitos dos usuários, valorizar quem trabalha na saúde, realizar uma gestão participativa e implementar um modelo de atenção com responsabilidade e vínculo (Brasil, 2008).

O processo de humanização é uma tarefa desafiadora por não se tratar de um guia de boa educação, de o que fazer e o que não fazer. A humanização envolve resignificação de valores, reformulação de atitudes e comportamentos por parte de todos os atores envolvidos (profissionais de saúde, pacientes, gestores, educadores, governantes, etc).

Uma das maiores necessidades apontadas pelos estudos sobre humanização diz respeito ao ouvir o outro, prestar atenção no que o outro tem a dizer, mesmo que não seja explicitamente com palavras (Barbosa; Silva, 2007; Goulart; Chiari, 2007). Não basta ouvir e compreender, é preciso também se comunicar com outro, estabelecer um diálogo entre iguais. Garantir que as pessoas tenham acesso às informações pertinentes à sua situação e até mesmo informações sobre os profissionais que estão lhe atendendo (Barbosa; Silva, 2007; Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008). O diálogo pode até assumir caráter terapêutico quando é escuta e palavra ao mesmo tempo (Sgreccia, 1996). Enquanto não alicerçarmos nossos valores no respeito à dignidade da pessoa humana, não conseguiremos incorporar a experiência do sofrimento e da necessidade de cuidado como integrantes da relação profissional/paciente (Sgreccia, 1996; Goulart; Chiari, 2007).

Humanizar está relacionado com o reconhecimento da individualidade e subjetividade do outro, pois todos nós possuímos valores, crenças, medos, desejos e projetos de vida próprios, que compõem nossa história de vida e esta biografia merece ser respeitada (Segreccia, 1996; Zoboli, 2009). Este reconhecimento permite que profissional e paciente caminhem juntos para encontrar uma ação que faça sentido para a situação e projeto pessoal de vida do paciente (Zoboli, 2009).

Nos encontros de cuidado, estão, no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença em tela, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar. São dois iguais em situações distintas, que em um encontro intersubjetivo têm a corresponsabilidade de construir o cuidado,

trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames.” (Zoboli, 2009, p. 195).

Nesse encontro, também se deve tentar criar vínculo com o outro, não no sentido de ser o melhor amigo do paciente, mas no sentido de haver confiança mútua, de saber que podemos contar um com o outro no caminho da cura ou pelo menos na melhora da convivência com a doença.

Para Rego, Gomes e Siqueira-Batista (2008) as transformações para alcançarmos a humanização na saúde compreendem: valorização de novos saberes, diálogo entre os profissionais da saúde e destes com os pacientes, reflexão sobre o modelo biologicista da medicina e maior responsabilidade política e ideológica dos gestores.

Com o que foi dito, não se teve a pretensão de colocar sobre os profissionais da saúde toda a culpa pela situação atual e toda responsabilidade pela mudança necessária, muito menos esgotar a discussão a respeito de um tema tão vasto. Além dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, etc), que são peças-chave na engrenagem da saúde, são componentes do processo de humanização o ensino superior (Faculdade e Universidades que oferecem cursos na área da saúde), o governo federal e estadual (que influenciam por meio de normas, diretrizes de atendimento e por meio de melhorias de condições de trabalho), as instituições privadas, o ensino em geral (que agem na formação de cidadãos), etc. Para este tema, a pertinência maior foi discutir o que pode ser feito no âmbito pessoal (profissional) para colaborar com o processo de humanização na saúde.

5.1.6.2 texto em linguagem didática

Humanização

Você pode estar se perguntando: por que falar em humanização na área da saúde? Isso não seria redundante e desnecessário? A princípio, pode parecer redundante, mas é possível lidar com um ser humano de forma desumana.

Nossa realidade é rica em exemplos de desrespeitos à dignidade das pessoas na assistência à saúde: atendimentos despersonalizados, solidão hospitalar, falta de compromisso com os direitos do cidadão, coisificação das pessoas, exacerbação das características biológicas, exacerbação da prática científica, desvalorização do processo de obtenção de consentimentos, desvalorização do contexto familiar e sócio-cultural dos pacientes, filas e horas de espera por atendimento, insensibilidade dos profissionais, degradação do local de atendimento, etc. Por isso, enfrentamos a questão da humanização também na área da saúde.

O nosso modelo de ensino é dividido em disciplinas. Cada disciplina trata de uma parte de um todo, mas dificilmente conseguimos ver as partes integradas ao todo. Estudamos fisiologia, anatomia, histologia, dentística, prótese, cirurgia e quantas vezes nos lembramos de que todas essas disciplinas compõem uma pessoa no seu sentido mais completo, assim como eu e como você? Será que vemos profissionais preocupados com o todo e não só com a sua parte (sua especialidade)?

O ensino fragmentado em disciplinas, que não se preocupam em integrar o todo, facilita o desenvolvimento de uma visão fragmentada do ser humano. Aos poucos, vamos aprendendo a lidar apenas com o lado biológico de nossos pacientes, esquecendo-nos das outras dimensões da pessoa (psíquica, social, econômica, espiritual).

Ao privilegiar apenas o aspecto físico da pessoa, facilmente passamos a dar demasiada importância aos achados científicos/médicos (como exames laboratoriais, imaginológicos, etc). Ou seja, quem define o que o paciente tem é o cientista, não havendo mais o caráter subjetivo da experiência da doença. Se nenhum exame identifica a queixa do paciente, então, o paciente não tem nada (mesmo quando este afirma que não está bem).

Por mais avançadas que sejam as tecnologias de diagnósticos e tratamentos que um serviço de saúde possua, ainda não conseguirá sanar todas as necessidades de um paciente se questões de humanização forem ignoradas.

O ensino superior não é único culpado pelo processo de desumanização na área da saúde. Este é um processo multifatorial, mas não entraremos no mérito de explicar todos os acontecimentos filosóficos, históricos, científicos, educacionais, políticos que proporcionaram as mudanças responsáveis por nossa realidade atual.

Iremos analisar o cenário em que vivemos para, a partir daí, refletir sobre possíveis propostas de melhoras.

O processo de humanização é uma tarefa desafiadora por não se tratar de um guia de boa educação, de o que fazer e o que não fazer.

A humanização envolve resignificação de valores, reformulação de atitudes e comportamentos por parte de todos os atores envolvidos (profissionais de saúde, pacientes, gestores, educadores, governantes, etc).

Uma das maiores necessidades apontadas pelos estudos sobre humanização diz respeito ao **ouvir** o outro, prestar atenção no que o outro tem a dizer, mesmo que não seja dito explicitamente com palavras.

Não basta ouvir e compreender, é preciso também se comunicar com outro, estabelecer um **diálogo** entre iguais. Garantir que as pessoas tenham acesso às informações pertinentes à sua situação e até mesmo informações sobre os profissionais que estão lhe atendendo. O diálogo pode até assumir caráter terapêutico, pois é tão importante quanto a medicação a ser administrada.

Humanizar está relacionado com o reconhecimento da **individualidade e subjetividade** do outro, pois todos nós possuímos valores, crenças, medos, desejos e projetos de vida próprios, que compõem nossa história de vida e nossa biografia merece ser respeitada.

Este reconhecimento permite que profissional e paciente caminhem juntos para encontrar uma ação que faça sentido para a situação e o projeto pessoal de vida do paciente.

“Nos encontros de cuidado, estão, no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido mérito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença em tela, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar. São dois iguais em situações distintas, que em um encontro intersubjetivo têm a corresponsabilidade de construir o cuidado, trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames.” (Zoboli, 2009. p.195).

Nesse encontro, também se deve tentar criar **vínculo** com o outro, não no sentido de ser o melhor amigo do paciente, mas no sentido de haver confiança mútua, de saber que podemos contar um com o outro no caminho da cura ou pelo menos na melhora da convivência com a doença.

Um exemplo prático de uma ação humanizadora em saúde é o método Mãe Canguru, praticado em vários hospitais em todo Brasil. Tal método consiste em deixar o recém-nascido, que ainda necessita de cuidados médicos hospitalares, em contato direto com o corpo da mãe (ou pai). Esse pequeno gesto favorece e acelera a recuperação dos bebês, além de deixar os pais em maior contato com o filho recém chegado.

Compreender as diferenças de estado clínico, social, econômico, familiar, psicológico, espiritual/religioso direciona os cuidados de acordo com as necessidades, promovendo uma assistência adequada e justa.

Enquanto não alicerçarmos nossos valores no respeito à dignidade da pessoa humana, não conseguiremos incorporar a experiência do sofrimento e da necessidade de cuidado como integrantes da relação profissional/paciente.

Com o que foi dito, não se teve a pretensão de colocar sobre os profissionais da saúde toda a culpa pela situação atual e toda responsabilidade pela mudança necessária, muito menos esgotar a discussão a respeito de um tema tão vasto.

Além dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, etc), que são peças chaves na engrenagem da saúde, são componentes do processo de humanização o ensino superior (Faculdade e Universidades que oferecem cursos na área da saúde), o Governo Federal e Estadual (que influenciam por meio de normas, diretrizes de atendimento e por meio de políticas públicas), as instituições privadas, o ensino em geral (que agem na formação de cidadãos), etc.

O que significa humanizar na Odontologia?

A profissão do cirurgião-dentista possui uma grande tendência de convergir a prática odontológica para uma visão mais tecnicista. Isto é, o trabalho odontológico, muitas vezes, passa a ser resumido à confecção de peças. Mas, essas peças (próteses, por exemplo) não serão instaladas em uma maquina, mas sim em uma pessoa.

Se nos esquecemos disso, por mais dedicado que o profissional seja ao trabalho técnico, isso pode não ser suficiente para conseguir o sucesso terapêutico. Um grande especialista no domínio da técnica pode ser uma negação na relação com seu paciente e fracassar no sucesso do tratamento.

Indicações de filmes:

Ilha das Flores é um documentário dirigido pelo brasileiro Jorge Furtado em 1989 e foi ganhador do Urso de Prata no Festival de Cinema em Berlim no ano de 1990. Esse curta metragem trata da desigualdade social, consumo e desumanização. É muito interessante, facilmente encontrado na internet para download e não leva mais do que 12 minutos.

Wit, uma lição de vida é um filme norte-americano, de direção de Mike Nichols e possui Ema Thompson como atriz principal. Ema Thompson interpreta Vivian Bearing, uma professora que descobre um câncer em estágio avançado em seus ovários. Submete-se a um tratamento experimental e vivência a realidade da internação hospitalar. Durante esse processo, reflete sobre sua vida e sobre como é tratada pelos profissionais de saúde, sobre a perda de identidade e privacidade nos hospitais.

SiCKO – S.O.S Saúde é um filme/documentário dirigido por Michael Moore em 2007, que mostra o funcionamento do sistema de saúde americano. Os interesses políticos e econômicos no sistema de saúde estão acima da dignidade das pessoas, operando como um comércio lucrativo. Mostra outros tipos de sistemas de saúde, como o do Canadá, Cuba e França, que cuidam dignamente da saúde de qualquer pessoa da população. Similar a estes sistemas possuímos o SUS no Brasil, que possui algumas dificuldades, mas já é um caminho.

Um golpe do destino é um filme dirigido por Handa Haines e tem William Hurt como protagonista interpretando Dr. Jack MacKee. Dr. Jack MacKee é um renomado cirurgião que possui uma postura distante e arrogante em relação a seus pacientes. Sua vida pessoal também é afetada pela falta de tempo por excesso de trabalho. Tudo começa a mudar quando descobre que possui um câncer em sua garganta, pois passa a vivenciar a condição de paciente e sente como é enfrentar a burocracia, a indiferença dos médicos e os próprios sentimentos de angústia sobre sua doença. Dr. MacKee muda seu comportamento e tenta passar aos seus residentes o que aprendeu durante seu tratamento.

Firefox Flash Page Flip

http://www.teleodontofor.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

whit

66/67

go to page

FlashPageFlip.com

Humanização

Você pode estar se perguntando: por que falar em humanização na área da saúde? Isso não seria redundante e desnecessário?

"Nos encontros de cuidado, estão, no mínimo, duas pessoas (um usuário e um profissional), que, como dignas e cidadãs, são iguais no devido respeito de respeito; porém, mesmo distintas quanto às suas biografias e quanto ao momento do processo saúde-doença em tela, precisam de um diálogo, com base na igual dignidade, para bem cuidar. São, dois iguais em situações distintas, que em um encontro, inter-subjetivo têm a responsabilidade de construir o cuidado, trocando fatos, emoções, sentimentos, crenças, enfim, muito mais que apenas os dados dos sinais, sintomas e resultados de exames." (Zabot, 2006, p.195).

Nesse encontro, também se deve tentar criar vínculo com o outro, não no sentido de ser o melhor amigo do paciente, mas no sentido de haver confiança mútua, de saber que podemos contar um com o outro no caminho da cura ou pelo menos na melhora da convivência com a doença.

Site: www.brasil.gov.br

Um exemplo prático de uma ação humanizadora em saúde é o método **Mãe Canguru**, praticado em várias hospitais em todo Brasil. Tal método consiste em deixar o recém-nascido, que ainda necessita de cuidados médicos hospitalares, em contato direto com o corpo da mãe (ou pai). Esse pequeno gesto favorece e acelera a recuperação dos bebês, além de deixar os pais em maior contato com o filho recém-nascido.

Site: www.maeecanguru.org.br

Compreender as diferenças de estado físico, social, econômico, familiar, psicológico, espiritual/religioso direciona os cuidados de acordo com as necessidades, promovendo uma assistência adequada e justa.

Enquanto não alcançarmos nossos valores no respeito à dignidade da pessoa humana, não conseguiremos incorporar a experiência do sofrimento e da necessidade de cuidado como integrantes da relação profissional-paciente.

Com o que foi dito, não se leva a pretensão de ocorrer sobre os profissionais da saúde toda a culpa pela situação atual e toda responsabilidade pela mudança necessária, muito menos esgotar a discussão a respeito de um tema tão vasto.

Além dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, etc.), que são peças-chaves na organização da saúde, são componentes do processo de humanização o ensino superior (Faculdades e Universidades que oferecem cursos na área da saúde), o Governo Federal e Estadual (que influenciam por meio de normas, diretrizes de atendimento e por meio de políticas públicas), as instituições privadas, o ensino em geral (que agem na formação de cidadãos), etc.

O que significa humanizar na Odontologia?

A profissão do cirurgião-dentista possui uma grande tendência de convergir a prática odontológica para uma visão mais técnica. Isto é, o trabalho odontológico, muitas vezes, passa a ser resumido à confecção de peças. Mas, essas peças (próteses, por exemplo) não serão instaladas em uma máquina, mas sim em uma pessoa.

Se nos esquecemos disso, por mais dedicado que o profissional seja ao trabalho técnico, isso pode não ser suficiente para conseguir o sucesso terapêutico. Um grande especialista no domínio da técnica pode ser uma negação na relação com seu paciente e fracassar no sucesso do tratamento.

Quadro 5.7 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Humanização”

5.1.7 Saúde pública

5.1.7.1 referencial acadêmico

Saúde Pública pode ser entendida como um conjunto de práticas políticas, econômicas e sociais que objetivam promover um melhor estado de saúde física e mental, prolongar a vida e prevenir doenças e incapacidades das populações (Fortes, 2009; Junqueira; Junqueira, 2009).

O desenvolvimento e crescimento das populações trazem consequências nas mais diversas áreas, as quais irão afetar a saúde de seus indivíduos direta ou indiretamente. Por exemplo, com o crescimento urbano excessivo há crescimento desordenado, não permitindo um planejamento de redes de esgoto, água encanada, coleta de lixo, há deterioração das condições ambientais, aumento da violência urbana, da prevalência de doenças como dengue, tuberculose, febre amarela, etc. Somado a isso, com o progresso médico-científico, temos o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônico-degenerativas (Junqueira; Junqueira, 2009).

A saúde não está relacionada somente com fatores biológicos, mas também com as condições de moradia, trabalho, saneamento, alimentação, educação, acesso à informação, à assistência no geral (Fortes, 2009; Junqueira; Junqueira, 2009). Por isso, os investimentos em Saúde Pública precisam ser direcionados para áreas além da saúde em si.

Com tantos problemas e recursos limitados, quais critérios utilizar para definir onde investir o dinheiro público de forma justa e eficiente? Como ficam as questões de vigilância sanitária, do meio ambiente, da saúde do trabalhador, o confronto entre os interesses individuais e coletivos? (Junqueira; Junqueira, 2009). É nesse momento em que entra a reflexão bioética em saúde pública. Os valores éticos e morais predominantes em uma sociedade são os norteadores dos sistemas de saúde e da distribuição dos recursos dessa sociedade (Fortes, 2009).

5.1.7.1.1 justiça e equidade: alocação de recursos

Anteriormente a 1988, o sistema de saúde no Brasil era estruturado segundo a noção de trabalho, onde só tinha direito à assistência médica e hospital gratuitos quem trabalhasse legalmente. Com a Constituição Federal de 1988, é implementado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal e com a filosofia de que a saúde é um dever do Estado (Fortes 2009; Junqueira; Junqueira, 2009). A lei que instituiu o SUS estabelece a obediência à universalidade de acesso aos serviços, integralidade e igualdade de assistência, entre outros (Junqueira; Junqueira, 2009).

Mas, facilmente podemos verificar as dificuldades da concretização dos princípios estabelecidos na legislação, principalmente pela falta de recursos para contemplar todos os aspectos. Fortes (2009) afirma que, segundo uma constatação reconhecida até mesmo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda que houvesse aumento dos recursos destinados à saúde, não seria possível atender integralmente todas as necessidades de todos os usuários de um sistema público de saúde.

Inglaterra, Espanha e Canadá possuem sistemas de saúde baseados na universalidade muito bem estruturados, mas possuem restrições a determinados serviços, como o oferecimento de assistência odontológica e farmacêutica (Fortes, 2009). É necessário diferenciar necessidades de uma coletividade, problemas de saúde pública, daquelas necessidades individuais como, por exemplo, problemas estéticos, que são significantes para o indivíduo, mas não seriam considerados responsabilidade do coletivo e, por isso, não seriam pagos com recursos públicos (Fortes, 2009). Mas, a falta de recursos não justifica uma má distribuição destes, desistindo da tentativa de implementar as leis do SUS em todos os âmbitos (Junqueira; Junqueira, 2009).

Considerando que a procura por assistência à saúde é maior que os recursos disponíveis, surge a necessidade de se discutir o que oferecer e a quem oferecer os serviços e cuidados em saúde (Fortes, 2008; Junqueira; Junqueira, 2009).

Como os fundamentos de economia não são suficientes para orientar a questão da distribuição e priorização de recursos escassos, é preciso recorrer à reflexão bioética para orientar as decisões que levam em consideração a conciliação

entre interesses individuais e coletivos, de modo a conseguirmos uma convivência social mais justa e harmoniosa (Fortes, 2008).

Sendo assim, que modelo bioético poderia servir de orientação para a reflexão nas questões de saúde pública?

Grande parte dos estudiosos desse assunto e a própria legislação vem mostrando que o modelo utilitarista tem sido o mais usado, relacionando-se custos e benefícios, lucros, chances de sucesso e insucessos e a quantidade de pessoas beneficiadas (Junqueira; Junqueira, 2009; Fortes, 2008). O utilitarismo visa beneficiar, maximizando o bem-estar e minimizando a dor e o sofrimento, o maior número de pessoas possível (Fortes, 2009).

Uns dos primeiros critérios a serem considerados, então, na escolha de procedimentos que serão oferecidos com recursos públicos, devem ser a validade científica e a perspectiva de sucesso do procedimento, pois seria um desperdício usar recursos escassos em procedimentos com poucas chances de conseguir benefícios (Fortes, 2008). As ações preventivas, como as vacinações em massa, são capazes de prevenir, manter sob controle e até mesmo erradicar doenças, beneficiando a maioria da população (Fortes, 2008).

Mas, o pensamento utilitarista não consegue solucionar todos os dilemas em saúde pública de modo a respeitar a dignidade de todo ser humano (Junqueira; Junqueira, 2009). Não podemos esquecer de que há necessidades de alto custo e que não dizem respeito à maioria da população, mas que não podem deixar de receber recursos, como os transplantes de órgãos, hemodiálises, medicamentos de alto custo (para tratamento de câncer, HIV, por exemplo), etc (Fortes, 2008). Contrariando o pressuposto utilitarista, um pequeno número de pessoas pode ser beneficiado pelas políticas públicas de saúde se existir uma real obrigação moral da sociedade em evitar certos danos previsíveis e possíveis de correção (Fortes; Zoboli, 2003).

Com relação ao conceito de justiça em saúde pública, tem sido disseminado o pensamento do filósofo John Rawls: uma ação justa não é aquela que tem resultados iguais, mas aquela que tem resultados benéficos compensatórios para cada envolvido, principalmente se esses resultados desiguais beneficiam os menos favorecidos da sociedade. “A equidade seria uma desigualdade aplicada a uma ‘boa causa’, tendo uma função reparadora em minimizar os efeitos da loteria social, priorizando as necessidades dos ‘mais desfavorecidos’.” (Fortes, 2008, p. 699). As

necessidades não são medidas apenas pelas características biológicas (quanto mais doente, mais necessitado), mas pela realidade social, econômica e física da pessoa (Fortes, 2008).

“Equidade em saúde é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas.” (Fortes, 2008, p. 699).

Agora, surge um novo dilema: diferenciar necessidades de desejos, demanda de cuidados e demanda de confortos; diferenciar as necessidades que devem ser priorizadas no sistema público de saúde. Apesar da importância, não é objetivo deste trabalho aprofundar esta discussão.

5.1.7.1.2 autonomia individual X interesses da coletividade

Sendo função da saúde pública proporcionar o melhor estado de saúde para a população, as ações com base no benefício da coletivo podem interferir na liberdade individual, tal como é o caso da lei anti-fumo em São Paulo, a fluoretação das águas, as campanhas de vacinação, vigilância sanitária de estabelecimentos comerciais, etc (Junqueira; Junqueira, 2009).

Por que é eticamente aceitável limitar a liberdade individual em prol do coletivo? Porque, nesses casos, está sendo considerado o princípio da beneficência e não-maleficência (Junqueira; Junqueira, 2009). Por exemplo: no caso da lei anti-fumo, a permissão para o usuário de cigarro fumar em qualquer ambiente estaria causando danos à saúde de quem não fuma (maleficência); a proibição pode ferir a liberdade individual de optar por fumar ou não, mas protege as pessoas que não fumam de um possível dano à saúde.

Vivemos em sociedade e isso nos torna responsável também pela vida dos outros. Mas, para agirmos de forma autônoma, conscientes das possibilidades de nossas decisões interferirem na vida dos outros, precisamos ter oportunidades de aprender a analisar a realidade e decidir com base nela (Junqueira; Junqueira, 2009). Por isso, investimentos na educação em saúde também são importantes na melhoria da saúde da população.

A participação do indivíduo não pára aí nas políticas públicas; os gestores precisam garantir espaço político para que os interesses de cada grupo social sejam ouvidos e considerados, além de fornecerem subsídio para as ações propostas por esses grupos sociais (com apoio material e técnico), como parcerias com ONGs ou outras entidades que conhecem muito bem a realidade de sua comunidade (Junqueira; Junqueira, 2009).

“O verdadeiro sentido da saúde se encontra no projeto de vida que cada um propõe realizar e para o qual a saúde é necessária, mas não indispensável.” (Junqueira; Junqueira, 2009, p. 106).

5.1.7.2 texto em linguagem didática

Saúde Pública

A Saúde Pública pode ser entendida como um conjunto de práticas da sociedade (do coletivo) para assegurar condições saudáveis de vida para as pessoas. As ações são de alcance coletivo que visam promover, proteger, recuperar ou melhorar, o máximo possível, a saúde da população.

No âmbito da Saúde Pública, podemos encontrar questões éticas que dizem respeito às responsabilidades do Governo (políticas sanitárias), às responsabilidades individuais, à proteção do meio ambiente, à distribuição de recursos para a saúde (alocação de recursos), quais os critérios usar para determinar prioridades de atendimento, de investimento, etc.

O desenvolvimento e crescimento das populações trazem conseqüências nas mais diversas áreas, as quais irão afetar a saúde de seus indivíduos direta ou indiretamente.

Por exemplo: com o crescimento urbano excessivo há um crescimento desordenado, não permitindo um planejamento de redes de esgoto, água encanada, coleta de lixo, há deterioração das condições ambientais, aumento da violência urbana, da prevalência de doenças como dengue, tuberculose, febre amarela, etc.

Somado a isso, com o progresso médico-científico, temos o aumento da expectativa de vida das pessoas e da prevalência de doenças crônico-degenerativas.

A saúde não está relacionada somente com fatores biológicos, mas também com as condições de moradia, trabalho, saneamento, alimentação, educação, acesso à informação, à assistência no geral.

Por isso, os investimentos em Saúde Pública precisam ser direcionados para áreas além da saúde em si.

No entanto, é sabido por todos nós que os recursos (dinheiro) não são suficientes para suprir todas as necessidades da população.

Com tantos problemas e recursos limitados, quais critérios utilizar para definir onde investir o dinheiro público de forma justa e eficiente?

Como equilibrar a liberdade individual e o bem-estar e segurança da coletividade?

É nesse momento em que entra a reflexão bioética em saúde pública. Os valores éticos e morais predominantes em uma sociedade são os norteadores dos sistemas de saúde e da distribuição dos recursos dessa sociedade.

Justiça e Equidade: alocação de recursos

Anteriormente a 1988, o sistema de saúde no Brasil era estruturado segundo a noção de trabalho, onde só tinha direito à assistência médica e hospitalar gratuita quem trabalhasse legalmente. A distribuição da assistência não era considerada um direito do cidadão e nem um dever do Estado.

A partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a noção de **justiça distributiva** mudou. Os recursos passam a ser distribuídos não mais com base no mérito pessoal de cada indivíduo, mas com base no **respeito à dignidade humana**.

É, então, implementado o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter **universal** e com a filosofia de que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão.

A lei que instituiu o SUS estabelece a obediência à universalidade de acesso aos serviços, integralidade e igualdade de assistência, entre outros.

Não é difícil perceber que este sistema de saúde brasileiro não funciona perfeitamente, pois ainda faltam recursos.

Mas, até mesmo a Organização Mundial da Saúde, reconhece que, ainda que houvesse aumento dos recursos destinados à saúde, não seria possível atender integralmente todas as necessidades de todos os usuários de um sistema público de saúde.

Inglaterra, Espanha e Canadá possuem sistemas de saúde baseados na universalidade (assim como o SUS) muito bem estruturados, mas possuem restrições a determinados serviços, como o oferecimento de assistência odontológica e farmacêutica.

É necessário diferenciar necessidades de uma coletividade (problemas de saúde pública) daquelas necessidades individuais como, por exemplo, problemas estéticos, que são significantes para o indivíduo, mas não seriam consideradas responsabilidades do coletivo e, por isso, não seriam pagos com recursos públicos. É claro que há danos estéticos que afetam gravemente a saúde física e psicológica da pessoa, como nos casos de mutilações físicas por doenças ou acidentes, e estes têm subsídio público para serem tratados.

Considerando-se que a procura por assistência à saúde é maior que os recursos disponíveis, surge a necessidade de se discutir o que oferecer e a quem oferecer os serviços e cuidados em saúde.

Como conciliar os interesses individuais e coletivos de modo a conseguirmos uma convivência social mais justa e harmoniosa?

Já que se faz necessária uma reflexão bioética sobre essas questões, que modelo bioético poderia servir de orientação para a reflexão nas questões de saúde pública?

Grande parte dos estudiosos desse assunto e a própria legislação vêm mostrando que o modelo utilitarista tem sido o mais usado, relacionando-se custos e benefícios, lucros, chances de sucesso e insucessos e a quantidade de pessoas beneficiadas. O utilitarismo visa beneficiar maximizando o bem-estar e minimizando a dor e o sofrimento, o maior número de pessoas possível.

Uns dos primeiros critérios a serem considerados, então, na escolha de procedimentos que serão oferecidos com recursos públicos, devem ser a validade científica e a perspectiva de sucesso do procedimento, pois seria um desperdício usar recursos escassos em procedimentos com poucas chances de conseguir benefícios.

As **ações preventivas**, como as vacinações em massa, são capazes de prevenir, manter sob controle e até mesmo erradicar doenças, beneficiando a maioria da população.

Mas, o pensamento utilitarista não consegue solucionar todos os dilemas em saúde pública de modo a respeitar a dignidade de todo ser humano.

Não podemos esquecer de que há necessidades de alto custo e que não dizem respeito à maioria da população, mas que não podem deixar de receber recursos, como os transplantes de órgãos, hemodiálises, medicamentos de alto custo (para tratamento de câncer, HIV, por exemplo), etc.

Com relação ao **conceito de justiça em saúde pública**, tem sido disseminado o pensamento do filósofo John Rawls: uma ação justa não é aquela que tem resultados iguais, mas aquela que tem resultados benéficos compensatórios para cada envolvido, principalmente se esses resultados desiguais beneficiam os menos favorecidos da sociedade.

“A **equidade** seria uma desigualdade aplicada a uma ‘*boa causa*’, tendo uma função reparadora em minimizar os efeitos da loteria social, priorizando as necessidades dos ‘*mais desfavorecidos*’.” (Fortes, 2008. p.699).

As necessidades não são medidas apenas pelas características biológicas (quanto mais doente, mais necessitado), mas pela realidade social, econômica e física da pessoa.

“**Equidade em saúde** é atualmente mais entendida como aceitando, não a igualdade, mas sim a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessidades diferenciadas.” (Fortes, 2008. p.699).

Agora, surge um novo dilema: diferenciar necessidades de desejos, demanda de cuidados e demanda de confortos, diferenciar as necessidades que devem ser priorizadas no sistema público de saúde. Apesar da importância, não aprofundaremos esse tipo de discussão nesse momento.

Autonomia individual X Interesses da coletividade

Sendo função da saúde pública proporcionar o melhor estado de saúde para a população, as ações com base no benefício do coletivo podem interferir na liberdade individual, tal como é o caso da lei anti-fumo em São Paulo, a fluoretação

das águas, as campanhas de vacinação, vigilância sanitária de estabelecimentos comerciais, etc.

Exemplos:

- Lei Anti-Fumo: liberdade individual de fumar ou não X o melhor para o coletivo.

A permissão para o usuário de cigarro fumar em qualquer ambiente estaria causando danos à saúde de quem não fuma (maleficência); a proibição pode ferir a liberdade individual de optar por fumar ou não, mas protege as pessoas que não fumam de um possível dano à saúde.

- Ações de vigilância sanitária: o indivíduo deve permitir que a vigilância sanitária vistorie seu estabelecimento ou seu produto e deve cumprir as normas e recomendações da vigilância sanitária. Isso permite que restaurantes, consultórios odontológicos, hospitais, bares, lanchonetes, supermercados, produtos e serviços comercializados em geral tenham condições necessárias para que a saúde da população fique protegida

- Saúde do trabalhador: cada trabalho apresenta uma forma segura de ser executado. Por exemplo: o cirurgião-dentista precisa usar máscara, luvas, óculos de proteção, touca, avental e outras medidas para evitar contaminações e infecções cruzadas. O pedreiro precisa usar capacete de proteção, botas, cinto de segurança, óculos de proteção, etc. Isso garante a proteção do trabalhador e de quem está a sua volta.

Por que é eticamente aceitável limitar a liberdade individual em prol do coletivo?

Porque, nesses casos, está sendo considerado o **princípio da beneficência e não-maleficência**.

Vivemos em sociedade e isso nos torna responsável também pela vida dos outros.

Mas, para agirmos de forma autônoma, conscientes das possibilidades de nossas decisões interferirem na vida dos outros, precisamos ter oportunidades de **aprender a analisar** a realidade e decidir com base nela.

Por isso, investimentos na educação em saúde também são importantes na melhoria da saúde da população.

Um exemplo disso é atividade que vem sendo desenvolvida na disciplina de Saúde Coletiva da FOUSP: os alunos de graduação participam ativamente de atividades educacionais e preventivas em espaços sociais indicados pelos gestores de serviço em São Paulo (como escolas, centros de referência do idoso e outros). Lembre-se disto!

A participação do indivíduo não pára por aí no âmbito das políticas públicas. Os gestores precisam garantir espaço político para que os interesses de cada grupo social sejam ouvidos e considerados. Isto pode ser feito por meio de entidades (como as ONGs) que, além de possuírem um canal de comunicação com os gestores, podem receber subsídios (com apoio material e técnico) para as ações que beneficiam a comunidade onde estão inseridas, já que conhecem muito bem a realidade de sua comunidade.

“O verdadeiro sentido da saúde se encontra no projeto de vida que cada um propõe realizar e para o qual a saúde é necessária, mas não indispensável.” (Junqueira; Junqueira, 2009, p.106).

Indicações de filmes:

"Políticas de saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde" é um documentário realizado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e a Universidade Federal Fluminense/UFF. O filme mostra como a saúde era vista no início do século XX, como sendo um dever do cidadão, as práticas autoritárias do Estado, e como a luta popular conseguiu inverter essa situação, passando a saúde ser considerada um dever do Estado e um direito do cidadão a partir da Constituição de 1988. Toda narrativa é ficcional, com reconstrução da época baseada em material de arquivo. É uma obra de distribuição gratuita; pode ser feito o download no site http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26232.

Firefox Flash Page Flip

http://www.teledonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

76/77

go to page

FlashPageFlip.com

Autonomia individual X Interesses da coletividade

Sendo função da saúde pública proporcionar o melhor estado de saúde para a população, as ações com base no benefício do coletivo podem interferir na liberdade individual. Tal como é o caso da lei anti-fumo em São Paulo, a fluorização das águas, as campanhas de vacinação, vigilância sanitária de estabelecimentos comerciais, etc.

Exemplos:

- Lei Anti-Fumo:** liberdade individual de fumar ou não X o melhor para o coletivo. A permissão para o usuário de cigarro fumar em qualquer ambiente estaria causando danos à saúde de quem não fuma (maledicência); a proibição pode fazer a liberdade individual de optar por fumar ou não, mas protege as pessoas que não fumam de um possível dano à saúde.

- Ações de vigilância sanitária:** o indivíduo deve permitir que a vigilância sanitária visite seu estabelecimento ou seu produto e deve cumprir as normas e recomendações da vigilância sanitária. Isso permite que restaurantes, consultórios odontológicos, hospitais, bares, lanchonetes, supermercados, produtos e serviços comercializados em geral tenham condições necessárias para que a saúde da população fique protegida.

A finalidade institucional da Agência é promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

Com relação ao conceito de **justiça em saúde pública**, tem sido disseminado o pensamento do filósofo John Rawls: uma ação justa não é aquela que tem resultados iguais, mas aquela que tem resultados benéficos compensatórios para cada envolvido, principalmente se estes resultados desiguais beneficiam os menos favorecidos da sociedade.

"A equidade seria uma desigualdade aplicada a uma 'boa causa', tendo uma função reparadora em minimizar os efeitos da injustiça social, priorizando as necessidades dos 'menos favorecidos'." (Torres, 2000, p. 699)

As necessidades não são medidas apenas pelas características biológicas (quanto mais doente, mais necessitado), mas pela realidade social, econômica e física da pessoa.

"Equidade em saúde é acuarmente ir a entender a diferença entre as pessoas em suas condições sociais e sanitárias, tendo necessdades diferenciadas." (Torres, 2000, p. 699).

Agora, surge um novo dilema: diferenciar necessidades de desejos, demanda de cuidados e demanda de conflitos. Diferenciar as necessidades que devem ser priorizadas no sistema público de saúde. Apesar da importância, não aprofundaremos esse tipo de discussão nesse momento.

www.cinepago.com.br/imagens

Quadro 5.8 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Saúde Pública”

5.1.8 Início de vida

5.1.8.1 referencial acadêmico

Em um primeiro momento, parece fácil dizer quando começa a vida humana: no momento da fecundação, após uma relação sexual entre um homem e uma mulher. Além de ser um conhecimento da sabedoria popular, também é um fato comprovado cientificamente pela Genética. Mas, no cenário das discussões bioéticas, este é o assunto mais debatido na atualidade.

Ultimamente, têm-se discutido quando se inicia a vida humana: se é no momento da fecundação, após a nidação, após 15 dias da fecundação, após o desenvolvimento do sistema nervoso, após o terceiro mês de gestação, após o parto, etc (Sgreccia, 1996).

As recentes tecnologias permitiram a manipulação da vida humana a ponto de controlar sua continuação/interrupção desde o momento da fecundação de um óvulo por um espermatozóide. A criação de embriões humanos fora do processo natural (relação sexual entre homem e mulher), em laboratório, fez surgir questionamentos éticos referentes a essa criação: foi gerada uma vida biológica ou foi gerada uma pessoa? Qual a diferença entre ambas? Até que ponto pode-se manipular o embrião gerado? O que fazer com os embriões que não foram implantados no útero de uma mulher?

Outro fato que contribuiu para a discussão sobre o início da vida humana foi a descoberta da eventual potencialidade terapêutica das células-tronco embrionárias. Estas células-tronco, sejam de origem embrionária ou adulta, fascinam muitos cientistas, que dizem poder estar aí a solução para todos os males da medicina. Há, então, um crescente desejo de estudar as eventuais potencialidades terapêuticas dessas células, mas, para isso, no caso das células-tronco de origem embrionária, é preciso interromper a vida dos embriões que terão suas células removidas.

O avanço nas descobertas científicas, que revela cada vez mais detalhes das fases embrionárias, tem ajudado a criar diferentes nomes para essas diferentes fases do desenvolvimento embrionário e, por vezes, causando confusão quanto ao

momento em que se inicia a vida humana. Fala-se em pré-embrião, vida biológica, vida humana, zigoto, feto, e outros termos que parecem, superficialmente, corresponder a coisas diferentes (Sgreccia, 2009).

Há anos, importantes embriologistas vêm ensinando que uma nova vida começa no momento da união de dois gametas – um espermatozóide e um óvulo – que desaparecem e passa a existir um novo indivíduo com seu próprio código genético, um genótipo único (Sgreccia, 1996; Neves; Osswald, 2007; Moore; Persaud, 2008; Cerqueira, 2009; Sgreccia, 2009).

Após a fecundação, dá-se início a um processo contínuo, progressivo e coordenado. Contínuo porque o processo que se inicia com a fecundação prossegue sem interrupção até a morte do ser. Não termina ao nascimento, pois a criança continua a desenvolver o sistema nervoso central. Progressivo porque a formação de um organismo complexo inicia-se a partir da evolução de estruturas simples. Coordenado porque o embrião guia todas as sucessivas atividades moleculares necessárias para seu desenvolvimento, estando nele os sinais para as interações químicas e o controle de todo o processo, mesmo antes da nidação (Sgreccia, 1996; Cerqueira, 2009; Sgreccia, 2009).

Esse novo processo não é executado pelos órgãos maternos, “mas é um *novo projeto* que se constrói a si mesmo e é o ator principal de si.” (Sgreccia, 1996, p. 343). A dependência que o embrião tem da mãe é a mesma que um adulto tem do meio ambiente: tanto o embrião quanto o adulto precisam de alimentos e oxigênio e tais elementos são fornecidos pelo corpo da mãe e pelo ambiente, respectivamente. Fornecidos os elementos vitais para a sobrevivência, ambos seguem seu próprio desenvolvimento. Dizer que o embrião é uma parte do corpo da mãe (uma continuação) é um erro, pois ele não surge por brotamento, como em algumas espécies animais e vegetais. Assim como leite materno não faz uma criança ser uma criança, não é a nidação no útero materno que faz o embrião ser um embrião (Neves; Osswald, 2007; Sgreccia, 2009).

Hoje, as provas biológicas desse fato se dão de maneira mais contundente nas experiências de *fertilização in vitro*, em que exatamente fica demonstrado que se pode proceder à fertilização pela união das duas células gaméticas e que daquele momento em diante, em ambiente idôneo, o embrião se desenvolve por mecanismos autoconstrutivos (Sgreccia, 1996, p. 346).

Desde o momento da fecundação, o embrião é o mesmo indivíduo em desenvolvimento que será chamado de bebê, criança, adolescente, adulto, idoso, enfim, pessoa (Leão Júnior; Oliveira, 2009). Mesmo sem um formato de figura humana, as células musculares que fazem o coração bater e as células nervosas que vão formar o complexo sistema nervoso já existem e estão trabalhando para a formação de todos os órgãos (Sgreccia, 2009). “A identidade do embrião não provem do observador.” (Cerqueira, 2009, p. 208).

Há quem defenda que o embrião em sua fase inicial de desenvolvimento não passa de um aglomerado de células, destituído de qualquer dignidade humana, sendo passível de manipulação científica. Como é obvio que este aglomerado de células não é igual a nenhum outro conjunto de células, esta posição extrema possui poucos seguidores (Neves; Osswald, 2007).

Por meio de cultura de células, podemos manter células, retiradas do corpo humano, vivas e até capazes de reprodução. Vamos imaginar a seguinte situação: retiramos células da mucosa oral e as colocamos em um meio de cultura adequado para o seu desenvolvimento; ao mesmo tempo, colocamos um óvulo fecundado por um espermatozóide em um similar “meio de cultura” (que ainda não existe) onde estas células fossem capazes de se desenvolverem normalmente. Então, deixamos as células seguirem seus cursos sozinhas fornecendo apenas a nutrição necessária para cada uma em seu meio de cultura. Aproximadamente após 9 meses, o que iremos encontrar? No primeiro meio de cultura haverá mais células de mucosa oral e no outro meio de cultura haverá um bebê. Não é necessário tornar esse experimento real para verificarmos que a união de um óvulo e de um espermatozóide, natural ou artificialmente, inicia uma nova vida humana (Ramos, 2010- informação pessoal)⁵.

Os novos termos criados como “pré-embrião”, “vida humana em potencial” ou qualquer outro para designar as fases diferentes do desenvolvimento humano têm confundido as pessoas e isso pode ter caráter proposital para que se realmente questione o início da vida humana ou momento em que devemos começar a respeitá-la como pessoa (Sgreccia, 1996; Carvalho, 2005; Neves; Osswald, 2007).

⁵ Ramos DLP. Aula da Disciplina de Bioética da graduação da FOUSP. Comunicação pessoal.

5.1.8.2 texto em linguagem didática

Início de Vida

Em que momento inicia uma nova vida humana?

Há muito tempo, aprendemos que a vida começa no momento da fecundação, após uma relação sexual entre um homem e uma mulher. Será mesmo?

No cenário das discussões bioéticas, este é o assunto mais debatido na atualidade.

A discussão:

Têm-se discutido o momento em que se inicia a vida humana: se é no momento da fecundação, após a nidação, após 15 dias da fecundação, após o desenvolvimento do sistema nervoso, após o terceiro mês de gestação, após o parto.

Porque se tem discutido isso:

As recentes tecnologias permitiram a manipulação da vida humana a ponto de controlar sua continuação/interrupção desde o momento da fecundação de um óvulo por um espermatozóide.

A criação de embriões humanos fora do processo natural (relação sexual entre homem e mulher), em laboratório, fez surgir questionamentos éticos referentes a essa criação: foi gerada uma vida biológica ou foi gerada uma pessoa? Qual a diferença entre ambas? Até que ponto podemos manipular o embrião gerado? O que fazemos com os embriões que não foram implantados no útero de uma mulher? Descartamos? Congelamos?

Outro fato que contribuiu para a discussão sobre o início da vida humana foi a descoberta da eventual potencialidade terapêutica das células-tronco embrionárias. Estas células-tronco, sejam de origem embrionária ou adulta, fascinam muitos cientistas, que dizem poder estar aí a solução para todos os males da

medicina. Há, então, um crescente desejo de estudar as eventuais potencialidades terapêuticas dessas células, mas, para isso, no caso das células tronco de origem embrionária é preciso interromper a vida dos embriões que terão suas células removidas.

Com as novas tecnologias, alguns despertaram a dúvida sobre a certeza de que a vida humana, a qual merece ser respeitada e protegida, iniciava no momento da fecundação. Começam a surgir novos termos para designar as diferentes fases da vida de um embrião (ou feto) e a discussão passa a ser em que momento esse embrião começa a ter a mesma dignidade de uma pessoa como eu e como você.

Os dados científicos:

O avanço nas descobertas científicas, que revela cada vez mais detalhes das fases embrionárias, tem ajudado a criar diferentes nomes para essas diferentes fases do desenvolvimento embrionário e, por vezes, causando confusão quanto ao momento em que se inicia a vida humana.

Fala-se em pré-embrião, vida biológica, vida humana, zigoto, feto, e outros termos que parecem, superficialmente, corresponder a coisas diferentes.

Há anos, importantes embriologistas vêm ensinando que uma nova vida começa no momento da união de dois gametas – um espermatozóide e um óvulo – que desaparecem e passa a existir um novo indivíduo com seu próprio código genético, um genótipo único.

Após a fecundação, dá-se início a um processo **contínuo, progressivo e coordenado**.

Contínuo porque o processo que se inicia com a fecundação, prossegue sem interrupção até a morte do ser. Este processo não termina ao nascimento, pois a criança continua a desenvolver o seu organismo (como o sistema nervoso, o sistema imunológico e outros).

Progressivo porque a formação de um organismo complexo inicia-se a partir da evolução de estruturas simples.

Coordenado porque o embrião guia todas as sucessivas atividades moleculares necessárias para seu desenvolvimento, estando nele os sinais para as interações químicas e o controle de todo o processo, mesmo antes da nidação.

Esse novo processo não é executado pelos órgãos maternos, “mas é um *novo projeto* que se constrói a si mesmo e é o ator principal de si.” (Sgreccia, 1996, p.343).

A dependência que o embrião tem da mãe é a mesma que um recém-nascido tem da mãe ou um adulto tem do meio ambiente: tanto o embrião, o recém-nascido e o adulto precisam de alimentos e oxigênio, e tais elementos são fornecidos pelo corpo da mãe e pelo ambiente, respectivamente.

Fornecidos os elementos vitais para a sobrevivência, ambos seguem seu próprio desenvolvimento.

Dizer que o embrião é uma parte do corpo da mãe (uma continuação) é um erro, pois ele não surge por brotamento, como em algumas espécies animais e vegetais. Assim como leite materno não faz uma criança ser uma criança, não é a nidificação no útero materno que faz o embrião ser um embrião.

“Hoje, as provas biológicas desse fato se dão de maneira mais contundente nas experiências de *fertilização in vitro*, em que exatamente fica demonstrado que se pode proceder à fertilização pela união das duas células gaméticas e que daquele momento em diante, em ambiente idôneo, o embrião se desenvolve por mecanismos autoconstrutivos,” (Sgreccia, 1996, p.346).

Desde o momento da fecundação, o embrião é o mesmo indivíduo em desenvolvimento que será chamado de bebê, criança, adolescente, adulto, idoso; enfim, uma pessoa.

Mesmo sem um formato de figura humana, as células musculares que fazem o coração bater e as células nervosas que vão formar o complexo sistema nervoso já existem e estão trabalhando para a formação de todos os órgãos.

Há quem defenda que o embrião em sua fase inicial de desenvolvimento não passa de um aglomerado de células, destituído de qualquer dignidade humana, sendo passível de manipulação científica.

Por meio de cultura de células, podemos manter células retiradas do corpo humano, vivas e até capazes de multiplicação. Vamos imaginar a seguinte situação, como na ficção científica: retiramos células da mucosa oral e as colocamos em um meio de cultura adequado para o seu desenvolvimento; ao mesmo tempo, colocamos um óvulo fecundado por um espermatozóide em um similar “meio de cultura” (que ainda não existe) onde estas células fossem capazes de se desenvolverem normalmente.

Então, deixamos as células seguirem seu curso sozinhas, apenas fornecendo a nutrição necessária para cada meio de cultura.

Após,aproximadamente 9 meses, o que iremos encontrar?

No primeiro meio de cultura haverá mais células de mucosa oral e no outro meio de cultura haverá um bebê. Não é necessário tornar esse experimento real para verificarmos que a união de um óvulo e de um espermatozóide, natural ou artificialmente, inicia uma nova vida humana.

Os novos termos criados como “pré-embrião”, “vida humana em potencial” ou qualquer outro, para designar as fases diferentes do desenvolvimento humano têm confundido as pessoas e isso pode ter caráter proposital para que se realmente questione o início da vida humana ou momento em que devemos começar respeitá-la como pessoa.

Indicações de filmes:

Gattaca é um filme produzido nos EUA em 1997. Ethan Hawke interpreta Vincent Freeman, que nasceu por meios naturais de seus pais, sem nenhuma manipulação genética. Os projetos pessoais de Vincent sempre esbarram nas exigências genéticas preconizadas pela sociedade para determinadas tarefas. O irmão de Vincent, Anton, foi concebido por meio da manipulação genética e, por isso, é supostamente o mais bem sucedido. As tecnologias reprodutivas e suas conseqüências para a sociedade dominam a trama do filme. O nome do filme é a junção das primeiras letras das palavras Guanina, Adenina, Timina, Adenina, Citosina, Adenina, que são os nomes das bases nitrogenadas que compõem o nosso DNA. Este filme nos ajuda a entender a dimensão do impacto da manipulação genética no significado da vida.

Firefox

Flash Page Flip

+

http://www.teleodonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

whit

☆

↺

↻

🔍

🏠

🔗

✖

🔊

🔍

🔄

🔊

Início de Vida

Em que momento inicia uma nova vida humana?

Há muito tempo, aprendemos que a vida começa no momento da fecundação, após uma relação sexual entre um homem e uma mulher. Será mesmo?

No cenário das discussões biológicas, este é o assunto mais debatido na atualidade.

A discussão:

Têm-se discutido o momento em que se inicia a vida humana: se é no momento da fecundação, após a união; após 15 dias da fecundação, após o desenvolvimento do sistema nervoso; após o terceiro mês de gestação, após o parto.

Porque se tem discutido isso:

As recentes tecnologias permitem a manipulação da vida humana a ponto de controlar sua continuação/inibição desde o momento da fecundação de um óvulo por um espermatozoide.

A criação de embriões humanos fora do processo natural (relação sexual entre homem e mulher), em laboratório, fez surgir questionamentos éticos referentes a essa criação: foi gerada uma vida biológica ou foi gerada uma pessoa? Qual a diferença entre ambas? Até que ponto podemos manipular o embrião gerado? O que fazemos com os embriões que não foram implantados no útero de uma mulher? Descartamos? Congelamos?

Outro fato que contribui para a discussão sobre o início da vida humana foi a descoberta da eventual potencialidade terapêutica das células-tronco embrionárias. Estas células tronco seguem seu caminho embrionário ou adulto. fascina muitos cientistas, que dizem poder estar aí a solução para todos os males da medicina. Há, então, um crescente desejo de estudar as eventuais potencialidades terapêuticas dessas células, mas, para isso, no caso das células

tronco de origem embrionária é preciso interromper a vida dos embriões que terão suas células removidas.

Com as novas tecnologias, alguns despertaram a dúvida sobre a natureza de que a vida humana, a qual merece ser respeitada e protegida, inicia no momento da fecundação. Começam a surgir novos termos para designar as diferentes fases da vida de um embrião (ou feto): a discussão passa a ser em que momento esse embrião começa a ter a mesma dignidade de uma pessoa como eu e como você.

Os dados científicos:

O avanço das descobertas científicas, que revela cada vez mais detalhes das fases embrionárias, tem ajudado a criar diferentes nomes para essas diferentes fases do desenvolvimento embrionário e, por vezes, causando confusão quanto ao momento em que se inicia a vida humana.

Falamos em pré-embrião, vida biológica, vida humana, zigoto, feto, e outros termos que parecem, superficialmente, corresponder a coisas diferentes.

Há ainda importantes ambiguidades vêm surgindo que uma nova vida começa no momento da união de dois gametas – um espermatozoide e um óvulo – que desaparecem e passa a existir um novo indivíduo com seu próprio código genético, um genótipo único.

Após a fecundação, dá-se início a um processo contínuo, progressivo e coordenado.

Continuo porque o processo que se inicia com a fecundação, prossegue sem interrupção até a morte do ser. Este processo não termina ao nascimento, pois a criança continua a desenvolver o seu organismo (como o sistema nervoso, o sistema imunológico e outros).

Progressivo porque a formação de um organismo complexo inicia-se a partir da evolução de estruturas simples.

Coordenado porque o embrião guia todas as sucessivas atividades moleculares necessárias para seu desenvolvimento, estando nele os sinais para as interações químicas e o controle de todo o processo, mesmo antes da nidagem.

Esse novo processo não é executado pelos órgãos maternos, mas é um novo projeto que se constitui a si mesmo e é o ator principal de si”. (Sgreccia, 1999 p.343).

82/83

🔍

🏠

🔗

🔊

🔊

FlashPageFlip.com

Quadro 5.9 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Início de vida”

5.1.9 Aborto

5.1.9.1 referencial acadêmico

Aborto significa a interrupção prematura do desenvolvimento e expulsão do embrião ou feto antes de se tornar capaz de viver fora do útero (Moore; Persaud, 2008). O aborto pode ter causa espontânea ou provocada/induzida: o aborto espontâneo ocorre naturalmente, ocorrendo com maior frequência durante as primeiras 12 semanas; o aborto induzido é a expulsão do embrião ou feto de modo intencional pelo uso de medicamentos ou de meios mecânicos (Moore; Persaud, 2008).

A questão do aborto pode ser estudada sob diversos pontos de vista: histórico, sociológicos, aspecto civil e penal, psicológico, cultural, teológico. Aqui, ficaremos limitados ao ponto de vista bioético, se o embrião humano pode ser morto com a interrupção voluntária da gestação sob alguma circunstância de modo lícito e eticamente aceitável (Sgreccia, 2009).

5.1.9.1.1 *gravidez indesejada*

Segundo o estudo de Menezes e Aquino (2009), o perfil de quem mais recorre ao aborto no Brasil é: jovens, algumas com pouca escolaridade, outras são estudantes, trabalhadoras domésticas e solteiras. As estudantes universitárias paulistas, com renda familiar elevada, chegaram a realizar de 3,8 a 4,6 vezes mais abortos que as jovens mais pobres e menos escolarizadas. Mesmo com menor frequência de ocorrência de gravidez nas jovens economicamente mais favorecidas, estas terminavam com maior frequência em aborto.

Ainda segundo o mesmo estudo, a argumentação das jovens que recorrem ao aborto é de que não é momento certo de terem um filho, pois este seria um obstáculo às suas aspirações profissionais e escolares. O momento de terem um

filho seria quando estivessem autônomas economicamente e com relação consolidada com seu companheiro. Outra informação relevante é a de que as mulheres costumam tomar a decisão sobre o aborto sozinhas. O homem, por não participar fisicamente da gravidez da mulher, parece excluir-se de todas as decisões e consequências que dizem respeito ao corpo da mulher grávida. A sua participação é tanto maior quanto maior o vínculo com a parceira. O homem pode participar do aborto por meio de busca de informação sobre onde e quem possa realizar o procedimento do aborto, pode fornecer dinheiro para isso e pode oferecer suporte emocional durante e após o aborto.

Um dos maiores argumentos dados por defensores do aborto legalizado é a questão da liberdade de decisão da mulher, a liberdade de terminar com uma gravidez indesejada. Primeiramente, como podemos falar em decisão **livre** sem ignorar todo o contexto de pressão familiar, social, econômica e outras mais que envolvem a mulher que deseja abortar?

A mulher grávida pode sentir-se impedida de concluir os estudos, pode sentir-se culpada pela demissão de seu emprego, pela agressão física e/ou emocional de sua família ou companheiro, pela perda de sua auto-estima. Esses são fatores externos que lhe são impostos e que afetam sua vida, que influenciam a sua decisão e que não se preocupam em lhe oferecer outros caminhos (Malta, 2007; Cerqueira, 2009).

Se não há alternativas, se não há o que escolher, então, não há liberdade de decisão – a decisão não é verdadeiramente livre.

5.1.9.1.2 estatísticas

A grande maioria das estatísticas trata da morte materna, a qual é entendida como a morte de mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação.

Os argumentos favoráveis ao aborto no Brasil baseiam-se em dados de Saúde Pública, como o suposto elevado número de abortos clandestinos, o suposto elevado número de complicações e mortes maternas decorrentes de abortos, a grande verba gasta pelo SUS nos atendimentos de intercorrências nos abortos, etc.

Muitos autores, inadvertidamente, utilizam o nome da Organização Mundial de Saúde (OMS) para anunciar números escabrosos sobre ocorrências de aborto no Brasil. Ao se procurar dados estatísticos sobre mortalidade materna decorrentes de complicações devido ao aborto, é preciso atentar para diferenciação entre abortos espontâneos e abortos provocados. Muitas estatísticas mostram ambos os tipos misturados, o que permite uma falsa interpretação da realidade (Leão Júnior; Oliveira, 2009).

O DATASUS é um órgão federal que registra diversos dados estatísticos do país. Para padronizar os dados, o DATASUS utiliza a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, chamada CID, que fornece códigos para serem usados na área da saúde para diversos fins, desde o preenchimento de atestados de atendimentos por profissionais a preenchimentos de causas de óbitos. Em 2008, foi realizada a décima revisão (CID-10), a qual está em uso atualmente (Brasil, 2011).

Os dados estatísticos referentes aos óbitos maternos são classificados de acordo com o CID-10 e inclui:

- gravidez ectópica,
- mola hidatiforme (tipo de tumor que se desenvolve a partir de tecido placentário),
- outros tipos de produtos anormais da concepção,
- aborto espontâneo,
- abortos realizados por razões médicas ou legais,
- outros tipos de aborto,
- aborto não especificado,
- falha na tentativa de aborto.

A ocorrência de morte materna por causa de gravidez ectópica, mola hidatiforme, outros tipos de produtos anormais da concepção, aborto espontâneo e abortos realizados por razões médicas ou legais não possuem relação alguma com a morte decorrida por aborto provocado clandestinamente (Cerqueira, 2011).

As mortes maternas decorrentes de falha de tentativa de aborto são conseqüências de abortos clandestinos. As categorias “outros tipos de aborto” e “aborto não especificado” não possuem registro sobre uma causa definida do que

levou a mulher á óbito, mas podem ser considerados como conseqüências de abortos clandestinos, que não foram declarados por alguma razão (Cerqueira, 2011).

No período entre 1996 e 2008, se considerarmos as três últimas categorias (outros tipos de aborto/ aborto não especificado/ falha na tentativa de aborto), entre os anos de 1996 à 2008, teremos um número de mortes maternas decorrentes de aborto clandestino que varia de 65 à 108 por ano. Muitas pessoas, que são a favor da legalização do aborto, citam números elevadíssimos de mortes maternas devido aos abortos clandestinos. Até mesmo autoridades em Saúde chegaram a divulgar nos meios de comunicação o número de 200 mil mortes por ano de mulheres devido ao aborto clandestino.

Se colocarmos na mesma soma as mortes decorrentes de abortos espontâneos e abortos provocados, termos números entre 115 e 163 mortes por ano, muito distante das 200 000 mortes anunciadas. O número de mortes maternas decorrentes de abortos clandestinos, embora lamentáveis, não são suficientes para justificar uma urgência em Saúde Pública (Cerqueira, 2011).

O DATASUS também fornece informações sobre as causas de mortes na população brasileira. Entre as causas de morte nas mulheres, é possível verificar que a mortalidade materna - independentemente se é decorrente de aborto espontâneo, aborto clandestino ou complicações de outra natureza - não está presente entre as 10 principais causas (Cerqueira, 2011).

As mortes provocadas por outras doenças, como o câncer de mama, evidenciam que há outras prioridades mais urgentes na Saúde Pública no Brasil do que enfrentar a questão da legalização do aborto (Cerqueira, 2011). Em um total de 469947 óbitos de mulheres no ano de 2009 (dados preliminares), apenas 160 são devido à gravidez que termina em aborto (sem distinção entre aborto espontâneo e aborto clandestino).

A experiência dos países onde o aborto provocado é legalizado vem mostrando que a legalização não eliminou o aborto como fator de agravamento de risco de mortalidade materna (Leão Júnior; Oliveira, 2009).

A grande maioria dos estudos envolvendo aborto refere-se a dados numéricos sobre mortalidade, ocorrência, região, perfil sócio-econômico das mulheres. Há poucos estudos que acompanham o que acontece nos anos seguintes após o aborto, que se preocupam com as necessidades e angústias das mulheres que o praticaram (Menezes; Aquino, 2009).

5.1.9.1.3 o que dizem as leis brasileiras sobre o aborto

A Constituição Federal Brasileira garante a inviolabilidade do direito à vida (artigos 5º e 227º da Constituição) considerando a vida como base necessária e primordial para o exercício dos demais direitos (Brasil, 1988).

O Código Penal, em seus artigos 124º à 128º, entende que não há situações em que o aborto possa ser considerado legal; o que há são hipóteses de isenção de pena; ou seja, o aborto continua sendo crime mesmo que não ocorra a aplicação de pena (Brasil, 1940).

O Código Penal diz (Brasil, 1940):

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário.

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro.

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

5.1.9.1.4 a questão ética

Nenhuma mulher realiza um aborto por simples gosto ou por razões supérfluas. Na maioria das vezes, há fatores muito dramáticos envolvidos e, se quisermos realmente ajudar a mulher que está pensando em abortar, precisamos ajudá-la a minimizar as razões que a fazem desejar o aborto, amparando-a em seus direitos fundamentais (Malta, 2007).

Se há dificuldades para a contracepção, como a pouca informação a respeito dos métodos contraceptivos, a falta de acesso aos contraceptivos, a necessidade de prescrição médica para uso de certos métodos, a falta de diálogo com o companheiro na escolha do método, não quer dizer que o aborto é a melhor solução para resolver essas dificuldades. São desafios a serem superados e não justificativas para uma solução aparentemente mais fácil (Malta, 2007).

A falta de planejamento dos progenitores, aliada à falta de discernimento e a não correspondência ao desejo de serem pais, facilita o não reconhecimento da dignidade ao embrião. Isso faz com que a opinião e a vontade da mulher sejam mais importantes que os interesses do embrião (já reduzidos). No entanto, se os pais não reconhecem dignidade no embrião, isso não significa que este não a tenha, pois o embrião não tem culpa de não corresponder aos projetos dos pais (Neves; Osswald, 2007).

A desconsideração da realidade biológica do ser humano, seja qual for a fase de desenvolvimento em que se encontra, resulta em discriminação e fere a dignidade intrínseca e inalienável de todo ser humano, a qual é protegida constitucionalmente, por tratados internacionais e na legislação infraconstitucional (Leão Júnior; Oliveira, 2009).

Uma sociedade não pode ser considerada justa se permite a morte provocada de pessoas indefesas por motivos de conveniência pessoal ou de utilidade social, como os casos de abortos induzidos e de eutanásia. Ao invés de fornecer amparo e assistência à gestante e sua família, a sociedade apresenta-lhe o ‘aborto seguro’ do problema pessoal e social inconveniente (Leão Júnior; Oliveira, 2009).

Uma vez constatada o início da vida humana no momento da fecundação, a argumentação para aqueles que desejam eliminar o feto é de que a mãe possui mais direitos sobre essa decisão (Cerqueira, 2009). O conflito de direitos – o direito da grávida e o direito do feto – não pode ser resolvido pela destruição do feto: para acabar com o conflito de interesses, eu elimino literalmente o “oponente”. Não é justo que motivos sentimentais, pessoais, econômicos, sociais e até políticos prevaleçam sobre o valor da vida humana (Neves; Osswald, 2007).

Se o embrião não possui dignidade na fase inicial, quando passará a ter? O que diferencia, no sentido ético, o abortamento feito até as 12 semanas daqueles feitos na véspera do nascimento? Na verdade, não há diferença, pois não há um raciocínio lógico e coerente nessa diferenciação. Não há, então, justificativa ética para o aborto, por mais problemáticos que sejam os problemas resultantes dessa gestação.

5.1.9.2 texto em linguagem didática

Aborto

O que é:

Aborto significa a interrupção prematura do desenvolvimento e expulsão do embrião ou feto antes de se tornar capaz de viver fora do útero.

O aborto pode ter causa espontânea ou provocada/induzida:

O aborto espontâneo ocorre de modo natural, com maior frequência durante as primeiras 12 semanas.

O aborto induzido é a expulsão do embrião ou feto de modo intencional pelo uso de medicamentos ou de meios mecânicos.

A questão do aborto pode ser estudada sob diversos pontos de vista: histórico, sociológicos, aspecto civil e penal, psicológico, cultural, teológico. Aqui, ficaremos focados ao ponto de vista bioético, ou seja, se o embrião humano pode ser morto por interrupção voluntária da gestação sob alguma circunstância de modo lícito e eticamente aceitável.

Gravidez indesejada

Segundo o estudo de Menezes e Aquino, em 2009, o perfil de quem mais recorre ao aborto no Brasil é: jovens, algumas com pouca escolaridade, outras são estudantes, trabalhadoras domésticas e solteiras.

As estudantes universitárias paulistas, com renda familiar elevada, chegaram a realizar de 3,8 à 4,6 vezes mais abortos que as jovens mais pobres e menos escolarizadas (segundo o mesmo estudo).

Mesmo com menor frequência de ocorrência de gravidez nas jovens economicamente mais favorecidas, estas terminavam com maior frequência em aborto.

A argumentação das jovens que recorrem ao aborto é de que não é momento certo de terem um filho, pois este seria um obstáculo às suas aspirações profissionais e escolares. O momento de terem um filho seria quando estivessem autônomas economicamente e com relação consolidada com seu companheiro.

As mulheres costumam tomar a decisão sobre o aborto sozinhas. O homem, por não participar fisicamente da gravidez da mulher, parece excluir-se de todas as decisões e consequências que dizem respeito ao corpo da mulher grávida. A sua participação é tanto maior quanto maior o vínculo com a parceira. O homem pode participar do aborto por meio de busca de informação sobre onde e quem possa realizar o procedimento do aborto, pode fornecer dinheiro para isso e pode oferecer suporte emocional durante e após o aborto.

Um dos maiores argumentos dados por defensores do aborto legalizado é a questão da liberdade de decisão da mulher, a liberdade de terminar com uma gravidez indesejada.

Primeiramente, como podemos falar em decisão **livre** sem ignorar todo o contexto de pressão familiar, social, econômica e outras mais que envolvem a mulher que deseja abortar?

A mulher grávida pode sentir-se impedida de concluir os estudos, pode sentir-se culpada pela demissão de seu emprego, pela agressão física e/ou emocional de sua família ou companheiro, pela perda de sua auto-estima. Esses são fatores externos que lhe são impostos e que afetam sua vida, que influenciam a sua decisão e que não se preocupam em lhe oferecer outros caminhos.

Se não há alternativas, se não há o que escolher, então, não há liberdade de decisão – a decisão não é verdadeiramente livre.

Quando uma gravidez indesejada ocorre em meio a tantas dificuldades, em um contexto tão desfavorável, o aborto seria o único recurso?

Estatísticas

A grande maioria das estatísticas fala sobre morte materna, a qual é entendida como a morte de mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação.

Os argumentos favoráveis ao aborto no Brasil referem-se a dados de Saúde Pública, como o suposto elevado número de abortos clandestinos, suposto elevado número de complicações e mortes maternas decorrentes de abortos, a grande verba gasta pelo SUS nos atendimentos de intercorrências nos abortos, etc.

Muitos autores, inadvertidamente, utilizam o nome da Organização Mundial de Saúde (OMS) para anunciar números escabrosos sobre ocorrências de aborto no Brasil. Ao se procurar dados estatísticos sobre mortalidade materna decorrentes de complicações devido ao aborto, é preciso atentar para diferenciação entre abortos espontâneos e abortos provocados. Muitas estatísticas mostram ambos os tipos misturados, o que permite uma falsa interpretação da realidade.

O DATASUS é um órgão federal que registra diversos dados estatísticos do país. Para padronizar os dados, o DATASUS utiliza a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, chamada CID, que fornece códigos para serem usados na área da saúde para diversos fins, desde o preenchimento de atestados de atendimentos por profissionais a preenchimentos de causas de óbitos. Em 2008, foi realizada a décima revisão (CID-10), em uso atualmente, e pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

No site do DATASUS (www.datasus.gov.br) é possível encontrar os seguintes dados referentes às mortes maternas:

Tabela 5.1 - Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil. Óbitos maternos por Categoria CID-10 e ano de óbito. Período: 1996 à 2008

Falha de tentativa de aborto	Aborto não especificado	Outros tipos de aborto	Aborto p/razões médicas e legais	Aborto espontâneo	Outros produtos anormais concepção	Mola hidatiforme	Gravidez ectópica	Categoria CID-10
12	72	6	1	6	13	2	34	1996
12	83	13	1	9	13	6	26	1997
6	60	4	-	7	15	4	23	1998
9	64	13	-	6	22	3	30	1999
10	62	10	-	5	12	2	27	2000
11	68	8	1	10	16	9	25	2001
7	45	18	-	8	10	5	22	2002
6	57	21	-	8	21	3	36	2003
11	54	17	-	17	24	4	29	2004
22	53	11	-	10	9	6	39	2005
7	45	19	-	21	13	4	30	2006
7	46	12	-	8	14	6	40	2007
7	47	12	1	9	8	3	31	2008

Fonte: DATASUS

Para ter acesso à tabela completa, siga os seguintes passos:

- Acesse o site www.datasus.gov.br
- Clique em Informações de Saúde; Estatísticas Vitais;
- Em “Mortalidade – 1996 a 2008, pela CID-10”, selecione “Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos”;
- Em “Abrangência Geográfica”, selecione “Brasil por Região e Unidade da Federação”;
- No campo Linha, selecione “Categoria CID-10”;
- No campo Coluna, selecione “Ano de óbito”;
- No campo Conteúdo, selecione “Óbitos maternos”;
- Nos períodos disponíveis, selecione todos os anos.

A ocorrência de morte materna por causa de gravidez ectópica, mola hidatiforme (tipo de tumor que se desenvolve a partir de tecido placentário), outros tipos de produtos anormais da concepção, aborto espontâneo e abortos realizados por razões médicas ou legais não possuem relação alguma com a morte decorrida por aborto provocado clandestinamente.

As mortes maternas decorrentes de falha de tentativa de aborto são conseqüências de abortos clandestinos. As categorias “outros tipos de aborto” e “aborto não especificado” não possuem registro sobre uma causa definida do que levou a mulher á óbito, mas podem ser considerados como conseqüências de abortos clandestinos, que não foram declarados por alguma razão.

Se considerarmos as três últimas categorias (outros tipos de aborto/ aborto não especificado/ falha na tentativa de aborto), entre os anos de 1996 à 2008, teremos um número de mortes maternas decorrentes de aborto clandestino que varia de 65 à 108 por ano. Muitas pessoas, que são a favor da legalização do aborto, citam números elevadíssimos de mortes maternas devido aos abortos clandestinos. Até mesmo autoridades em Saúde chegaram a divulgar nos meios de comunicação o número de 200 mil mortes por ano de mulheres devido ao aborto clandestino!

Se colocarmos na mesma soma as mortes decorrentes de abortos espontâneos e abortos provocados, termos números entre 115 e 163 mortes por ano, muito distante das 200 000 mortes anunciadas. O número de mortes maternas

decorrentes de abortos clandestinos, embora lamentáveis, não são suficientes para justificar uma urgência em Saúde Pública.

O DATASUS também fornece informações sobre as causas de mortes na população brasileira. Entre as causas de morte nas mulheres, é possível verificar que a mortalidade materna - independentemente se é decorrente de aborto espontâneo, aborto clandestino ou complicações de outra natureza - não está presente entre as 10 principais causas. A tabela abaixo mostra alguns números referentes à mortalidade feminina no ano de 2009.

Tabela 5.2 Mortalidade – Dados preliminares –Brasil. Óbitos por ocorrência por grupo CID-10. Sexo: FEMININO. Período: 2009

Grupo CID-10	2009
Doenças infecciosas intestinais	2363
Tuberculose	1234
Hepatite viral	1015
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	4163
Outras doenças por vírus	54
Micoses	115
Neoplasias malignas	77877
Anemias nutricionais	287
Diabetes mellitus	29215
Desnutrição	3053
Doenças hipertensivas	22895
Doenças isquêmicas do coração	39931
Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	3527
Influenza [gripe] e pneumonia	26853
Gravidez que termina em aborto	160
Outros transtornos maternos relac predom gravidez	57
Assist à mãe mot feto cavid amniót e prob rel part	118
Complicações do trabalho de parto e do parto	255
Complicações relacionadas predom com o puerpério	209
Outras afecções obstétricas NCOP	550
Fet rec-nasc afet fat mat e compl grav, trab parto	1929
Transt relac com a duração gestação e cresc fetal	1330
Transt respirat e cardiovasc específ per perinatal	4410
Infecções específicas do período perinatal	2028
Outros transtornos originados no período perinatal	455
Acidentes	13163
Lesões autoprovocadas intencionalmente	1805
Agressões	4163
Complicações de assistência médica e cirúrgica	632
Total	469947

Fonte: DATASUS

Para ter acesso à tabela completa, siga os seguintes passos:

- Acesse o site www.datasus.gov.br
- Clique em Informações de Saúde; Estatísticas Vitais;
- Em “Dados preliminares de 2009”, selecione “Mortalidade geral”;
- Em “Abrangência Geográfica”, selecione “Brasil por Região e Unidade da Federação”;
- No campo Linha, selecione “Categoria CID-10”;
- No campo Coluna, selecione “Ano de óbito”;
- No campo Conteúdo, selecione “Óbitos por ocorrência”;
- No campo “sexo”, selecione “Fem”.

As mortes provocadas por outras doenças, como o câncer de mama, evidenciam que há outras prioridades mais urgentes na Saúde Pública no Brasil do que enfrentar a questão da legalização do aborto. Em um total de 469947 óbitos de mulheres no ano de 2009 (dados preliminares), apenas 160 são devido à gravidez que termina em aborto (sem distinção entre aborto espontâneo e aborto clandestino).

A experiência dos países onde o aborto provocado é legalizado vem mostrando que a legalização não eliminou o aborto como fator de agravamento de risco de mortalidade materna. Será que a legalização do aborto até a 10ª semana de gestação (por exemplo) evitaria o aborto clandestino de bebês com mais de 10 semanas?

A grande maioria dos estudos envolvendo aborto refere-se a dados numéricos sobre mortalidade, ocorrência, região, perfil sócio-econômico das mulheres. Há poucos estudos que acompanham o que acontece nos anos seguintes após o aborto, que se preocupam com as necessidades e angústias das mulheres que o praticaram.

O que dizem as leis brasileiras sobre o aborto:

A **Constituição Federal Brasileira** garante a inviolabilidade do direito à vida (artigos 5º e 227º da Constituição) considerando a vida como base necessária e primordial para o exercício dos demais direitos.

O Decreto de Lei n 8.848 de 1940 está em vigor e apresenta no Capítulo I o homicídio, o induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, o infanticídio e o aborto como “crimes contra a vida”.

O Código Penal, em seus artigos 124º à 128º, entende que não há situações em que o aborto possa ser considerado legal; o que há são hipóteses de isenção de pena; ou seja, o aborto continua sendo crime mesmo que não ocorra a aplicação de pena.

O Código Penal diz:

“Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento.

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário.

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro.

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.”

A questão ética

Nenhuma mulher realiza um aborto por simples gosto ou por razões supérfluas. Na maioria das vezes, há fatores muito dramáticos envolvidos e, se quisermos realmente ajudar a mulher que está pensando em abortar, precisamos ajudá-la a minimizar as razões que a fazem desejar o aborto, amparando-a em seus direitos fundamentais.

Se há dificuldades para a contracepção, como a pouca informação a respeito dos métodos contraceptivos, a falta de acesso aos contraceptivos, a necessidade de prescrição médica para uso de certos métodos, a falta de diálogo com o companheiro na escolha do método, não quer dizer que o aborto é a melhor solução para resolver essas dificuldades. São desafios a serem superados e não justificativas para uma solução aparentemente mais fácil.

A falta de planejamento dos progenitores, aliada à falta de discernimento e à não correspondência ao desejo de ser pais, facilita o não reconhecimento da dignidade ao embrião. Isso faz com que a opinião e a vontade da mulher sejam mais importantes que os interesses do embrião (já reduzidos).

No entanto, se os pais não reconhecem dignidade no embrião, isso não significa que este não a tenha, pois o embrião não tem culpa de não corresponder aos projetos dos pais.

A desconsideração da realidade biológica do ser humano, seja qual for a fase de desenvolvimento em que se encontra, resulta em discriminação e fere a dignidade intrínseca e inalienável de todo ser humano, a qual é protegida constitucionalmente, por tratados internacionais e na legislação infraconstitucional.

Uma sociedade não pode ser considerada justa se permite a morte provocada de pessoas indefesas por motivos de conveniência pessoal ou de utilidade social, como os casos de abortos induzidos e de eutanásia. Ao invés de fornecer amparo e assistência à gestante e sua família, a sociedade apresenta-lhe o ‘aborto seguro’ do problema pessoal e social inconveniente.

Uma vez constatada o início da vida humana no momento da fecundação, a argumentação para aqueles que desejam eliminar o feto é de que a mãe possui mais direitos sobre essa decisão. O conflito de direitos – o direito da grávida e o direito do feto – não pode ser resolvido pela destruição do feto: para acabar com o conflito de interesses, eu elimino literalmente o “oponente”. Não é justo que motivos sentimentais, pessoais, econômicos, sociais e até políticos prevaleçam sobre o valor da vida humana.

Se o embrião não possui dignidade na fase inicial, quando passará a ter? O que diferencia, no sentido ético, o abortamento feito até as 12 semanas daqueles feitos na véspera do nascimento? Na verdade, não há diferença, pois não há um raciocínio lógico e coerente nessa diferenciação. Não há, então, justificativa ética para o aborto, por mais problemáticos que sejam os problemas resultantes dessa gestação.

Indicações de filmes:

Juno é um filme de comédia independente, dirigido por Jason Reitman e escrito por Diablo Cody. Juno é o nome da personagem protagonista do filme, uma adolescente de 16 anos que fica grávida de seu colega de classe. O filme mostra a problemática da gravidez na adolescência, a possibilidade do aborto e outras alternativas para esta situação. Foi um filme apreciado pela crítica no geral e ganhou o Oscar de melhor roteiro original.

Firefox Flash Page Flip

http://www.teledonto.fo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

88/89 go to page

FlashPageFlip.com

Aborto

O que é:

Aborto significa a interrupção prematura do desenvolvimento e expulsão do embrião ou feto antes de se tornar capaz de viver fora do útero.

O aborto pode ter causas espontâneas ou provocadas/induzidas

O aborto espontâneo ocorre de modo natural, com maior frequência durante as primeiras 12 semanas

O aborto induzido é a expulsão do embrião ou feto de modo intencional pelo uso de medicamentos ou de meios mecânicos.

Gravidez indesejada

A questão do aborto pode ser estudada sob diversos pontos de vista: histórico, sociológico, aspecto civil e penal, psicológico, cultural, teológico. Aqui, focaremos o ponto de vista bioético, ou seja, se o embrião humano pode ser morto por intervenção voluntária da gestação sob alguma circunstância de modo lícito e eticamente aceitável.

Segundo o estudo de Menezes e Aquino em 2009, o perfil da quem mais recorre ao aborto no Brasil é: jovens, algumas com pouca escolaridade, outras são estudantes, trabalhadoras domésticas e solteiras.

As estudantes universitárias paulistas, com renda familiar elevada, chegaram a realizar de 3,8 a 4,6 vezes mais abortos que as jovens mais pobres e menos escolarizadas (segundo o mesmo estudo).

Mesmo com menor frequência de ocorrência de gravidez nas jovens economicamente mais favorecidas, estas tentavam com maior frequência em aborto.

Fonte: Menezes e Aquino, 2009.

A argumentação das jovens que recorrem ao aborto é de que não é momento certo de terem um filho, pois seria um obstáculo às suas aspirações profissionais e escolares. O momento de terem um filho seria quando estivessem autônomas economicamente e com relação consolidada com seu companheiro.

As mulheres costumam tomar a decisão sobre o aborto sozinhas. O homem, por não participar fisicamente da gravidez da mulher, parece excluir-se de todas as decisões e consequências que dizem respeito ao corpo da mulher grávida. A sua participação é tanto maior quanto maior o vínculo com a parceira. O homem pode participar do aborto por meio de busca de informação sobre onde e quem possa realizar o procedimento do aborto, pode fornecer dinheiro para isso e pode oferecer suporte emocional durante e após o aborto.

Um dos maiores argumentos dados por defensores do aborto legalizado é a questão da liberdade de decisão da mulher. A liberdade de terminar com uma gravidez indesejada. Primeiramente, como podemos falar em decisão livre sem ignorar todo o contexto de pressão familiar, social, econômica e outras mais que envolvem a mulher que deseja abortar? A mulher grávida pode sentir-se impedida de concluir os estudos, pode sentir-se culpada pela demissão de seu emprego, pela agressão física e/ou emocional da sua família ou companheiro, pela perda de seu auto-estima. Esses são fatores externos que lhe são impostos e que afetam sua vida, que influenciam a sua decisão e que não se preocupam em lhe oferecer outros caminhos.

Se não há alternativas, se não há o que escolher, então, não há liberdade de decisão – a decisão não é verdadeiramente livre.

Quando uma gravidez indesejada ocorre em meio a tantas dificuldades, em um contexto tão desfavorável, o aborto seria o único recurso?

Estatísticas

A grande maioria das estatísticas fala sobre morte materna, a qual é entendida como a morte de mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação.

Os argumentos favoráveis ao aborto no Brasil referem-se a dados de Saúde Pública, como o suposto elevado número de abortos clandestinos, suposto elevado número de complicações e mortes maternas decorrentes de abortos, a grande verba gasta pelo SUS nos atendimentos de intercorrências nos abortos, etc.

Quadro 5.10 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Aborto”

5.1.10 Reprodução Assistida

5.1.10.1 referencial acadêmico

A reprodução assistida é uma técnica utilizada para aqueles casais que desejam ter um filho e que possuem algum tipo de dificuldade ou impedimento para a reprodução humana. As causas para essas dificuldades são diversas, podendo estar relacionadas a defeitos da formação de espermatozóides e óvulos, a dificuldades no transporte desses gametas e a dificuldades do espermatozóide se ligar à zona pelúcida do óvulo e se fundir com ele (Ribeiro; Silva, 2007).

As técnicas existentes baseiam-se na imitação da fisiologia natural da reprodução e cada uma delas deve ser indicada de acordo com a origem da esterilidade do casal. Independentemente da técnica escolhida, o procedimento inicial é a coleta dos espermatozóides, os quais passarão por um processo artificial de capacitação. Os espermatozóides são colocados em meios de cultura e são induzidos a movimentarem-se como se estivessem no processo de migração dentro do trato genital feminino. Tal procedimento permite a ativação de enzimas, deixando-os em hiperativação para possibilitar o processo de ligação desses espermatozóides ao óvulo, bem como a fusão destes (Ribeiro; Silva, 2007).

A inseminação artificial é a manipulação apenas dos gametas masculinos, que são colocados no trato genital feminino e é indicada quando há dificuldade de penetração do espermatozóide no óvulo (Ribeiro; Silva, 2007).

A fecundação in vitro refere-se à fecundação de ovócitos em laboratório e sua posterior transferência (em fase de zigotos em divisão celular) para o útero da mulher (Moore; Persaud, 2008). As etapas desse procedimento iniciam com a estimulação hormonal da mulher, por meio de administração de gonadotrofinas, para se obter uma superovulação e, com isso, recolher cirurgicamente vários ovócitos maduros; esses ovócitos são colocados em um meio de cultura contendo nutrientes. Após 3 ou 5 dias de monitoramento microscópico da fecundação e das divisões celulares, um ou dois embriões são transferidos por meio de um cateter

9cirurgicamente) para o interior do útero da mulher, que deverá permanecer deitada por várias horas (Moore; Persaud, 2008).

5.1.10.1.1 as questões éticas envolvidas

A infertilidade é uma frustração significativa na vida de um casal, não é algo tolo e fácil de ser enfrentado. As técnicas de reprodução assistida dão esperanças e chances reais a um casal de realizarem o desejo responsavelmente assumido de ter um filho (Neves, 2005).

No entanto, há pontos críticos nesse tipo de terapia que precisam ser analisados. Há dois tipos de situações na reprodução assistida que se diferenciam em sua fase inicial: a) quando o homem e a mulher possuem gametas viáveis para a fertilização; b) quando ou o homem ou a mulher (ou ambos) não possuem gametas para serem utilizados na fertilização, havendo a necessidade do uso de um gameta doado por uma terceira pessoa.

Quando um casal se depara com a necessidade de utilizar um gameta doado, que critérios utilizar para escolher o gameta? O que pensar sobre o anonimato do doador?

Os bancos de armazenamento de gametas possuem uma vasta e detalhada informação dos doadores, indo desde características físicas, gênicas como cor de olhos, cabelos, pele, tendências a desenvolvimento de alguma doença e etc, até qualidades individuais como aptidão para música, matemática, política, esporte e etc (Biscaia, 2001). A questão que se coloca é: até onde é aceitável tentar pré-determinar as características de um filho?

Outra questão importante é a respeito do anonimato. A pessoa doadora do gameta tem direito ao anonimato ou não? Teria alguma responsabilidade sobre a criança gerada com um gameta seu? Teria direito de conhecer essa criança caso desejasse isso? A criança teria direito de saber como foi gerada, se o pai ou mãe biológica é uma pessoa desconhecida? Essa criança teria direito de procurar por seu genitor biológico? Teria algum direito jurídico, como pensão e herança?

Passadas essas questões e iniciado os procedimentos da reprodução assistida propriamente dita, independentemente da origem dos gametas, as

questões que surgem são: o que fazer com os embriões produzidos e não implantados? Quantos óvulos fertilizar por vez?

Os embriões que não foram transferidos são armazenados em nitrogênio líquido (congelados) para serem preservados. A transferência de embriões descongelados é, atualmente, uma prática comum e com bons índices de sucesso (Moore; Persaud, 2008).

Quando a proposta de uso de embriões humanos congelados decorrentes de fertilização in vitro é apresentada à sociedade, não há esclarecimentos de todos os aspectos necessários sobre a reprodução humana assistida, podendo ocorrer grandes equívocos. Nem sempre é esclarecido que o congelamento de embriões não é essencial, é uma opção na realização da fertilização in vitro. Posteriormente, com tantos embriões congelados, cria-se a falsa 'boa intenção' de dar um fim digno àqueles embriões que não serão mais utilizados para gestação (Silva SMRD, 2008; Azevedo, 2010).

Apesar de aparentar sofisticada tecnologia, as técnicas de reprodução assistida ainda são caracteristicamente experimentais, devido aos baixos índices de sucesso em relação ao número elevado de fertilizações fracassadas a cada tentativa de implantação, com uma taxa de 20 a 30% de sucesso após até 4 ciclos de tratamento (Ribeiro; Silva, 2007; Neves; Osswald, 2007).

No entanto, para muitos, existe um entendimento que "nada justifica a produção de embriões sobressalentes, nem mesmo a relação custo-benefício, quando se parte do princípio de que a vida humana não tem preço." (Ribeiro; Silva, 2007, p. 192).

Uma posição é de que se fecundassem apenas os ovócitos necessários para a primeira tentativa e, caso houvesse necessidade de nova intervenção, os procedimentos seriam repetidos (Neves; Osswald, 2007).

Estudos verificaram que há um aumento do risco de má formação congênita na reprodução assistida, mesmo quando a gestação é de apenas um feto. Não se tem dados sobre o maior motivo causador de tais más formações, se é a manipulação laboratorial, se é a estimulação ovariana, se é a utilização medicamentosa ou outro fator. Não se sabe se o risco de má formação congênita está diretamente relacionado à gravidade da situação de infertilidade do casal ou é agravado com os tratamentos para cada caso de infertilidade, necessitando de mais estudos nesse sentido (Zhu et al., 2006; Farhi; Fisch, 2007).

Outro aspecto controvertido na técnica de reprodução assistida é a chamada redução embrionária. Quando todos os embriões implantados são bem sucedidos, ou seja, desenvolvem-se normalmente, pode-se cogitar uma redução embrionária para diminuir o número de filhos, por meio de uma intervenção – destruição de um ou mais embriões (Ribeiro; Silva, 2007).

Assim como as probabilidades de gravidez múltiplas são maiores com a reprodução assistida do que com fecundação natural, a incidência de abortamentos espontâneos também é maior que o normal, com uma taxa de 45% de abortos espontâneos precoces, devido à, principalmente, alterações hormonais e à anormalidades cromossômicas (Moore; Persaud, 2008).

A vivência de um abortamento é não é um acontecimento trivial, algo sem importância que possa passar despercebido pela vida de uma mulher ou de um casal. O sofrimento, tanto físico como psicológico, é grande e real, por isso, o casal precisa pensar se está disposto a encarar essa possibilidade.

No Brasil, o Código de Ética Médica, em seu Capítulo III, sobre Responsabilidade Profissional, diz que é vedado ao médico (CFM, 2010):

Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de [...] fecundação artificial, [...].

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.

Dessa forma, “ainda que o objetivo sejam os lucros, as pessoas não devem tão somente servir de meios” (Azevedo, 2010, p. 21).

5.1.10.2 texto em linguagem didática

Reprodução Assistida

O que é:

A reprodução assistida é uma técnica utilizada para aqueles casais que desejam ter um filho e que possuem algum tipo de dificuldade ou impedimento para a reprodução humana.

As causas para essas dificuldades são diversas, podendo estar relacionadas a defeitos da formação de espermatozóides e/ou óvulos, a dificuldades no transporte desses gametas ou a dificuldades do espermatozóide ligar-se à zona pelúcida do óvulo e fundir-se com ele.

As técnicas existentes baseiam-se na imitação da fisiologia natural da reprodução e cada uma delas deve ser indicada de acordo com a origem da esterilidade do casal.

Independentemente da técnica escolhida, o procedimento inicial é a coleta dos espermatozóides, os quais passarão por um processo artificial de capacitação.

Os espermatozóides são colocados em meios de cultura onde há fluidos biológicos e são induzidos a movimentarem-se como se estivessem no processo de migração dentro do trato genital feminino. Tal procedimento permite a ativação de enzimas, deixando-os em hiperativação para possibilitar o processo de ligação desses espermatozóides ao óvulo, bem como a fusão destes.

A inseminação artificial é a manipulação apenas dos gametas masculinos, que são colocados no trato genital feminino e é indicada quando há dificuldade de penetração do espermatozóide no óvulo.

A fecundação in vitro refere-se à fecundação de ovócitos em laboratório e sua posterior transferência (em fase de zigotos em divisão celular) para o útero da mulher.

As etapas desse procedimento iniciam-se com a estimulação hormonal da mulher, por meio de administração de gonadotrofinas, para se obter uma superovulação e, com isso, recolher cirurgicamente vários ovócitos maduros.

Esses ovócitos são colocados em um meio de cultura contendo nutrientes. Após 3 ou 5 dias de monitoramento microscópico da fecundação e das divisões celulares, um ou dois embriões são transferidos por meio de um cateter (cirurgicamente) para o interior do útero da mulher, que deverá permanecer deitada por várias horas.

A partir daí, é preciso esperar para saber se houve a continuidade do desenvolvimento dos embriões no corpo da mulher.

As questões éticas envolvidas

A infertilidade é uma frustração significativa na vida de um casal, não é algo tolo e fácil de ser enfrentado.

As técnicas de reprodução assistida dão esperanças e chances reais a um casal de realizar o desejo responsabilmente assumido de ter um filho.

A UNESCO publicou em seu material de estudos de Bioética os dados anunciados pelo Professor Robert Edwards, do Reino Unido, que até 2002 foram registrados mais de 1 milhão de nascimentos de crianças utilizando-se as técnicas de reprodução assistida em todo o mundo e que, até 2012, a estimativa é de que esse número suba para 10 milhões de crianças nascidas através dos mesmos meios.

No entanto, há pontos polêmicos nesse tipo de terapia que precisam ser analisados.

Há dois tipos de situações na reprodução assistida que se diferenciam em sua fase inicial:

- a) quando o homem e a mulher possuem gametas viáveis para a fertilização;
- b) quando ou o homem ou a mulher (ou ambos) não possuem gametas para serem utilizados na fertilização, havendo a necessidade do uso de um gameta doado por uma terceira pessoa.

Utilização de gametas doados:

Se a decisão for aceitar a doação do gameta, teremos duas questões éticas importantes:

- Que critérios utilizar para escolher o gameta?
- Como decidir sobre o anonimato do doador?

Os bancos de armazenamento de gametas possuem uma vasta e detalhada informação dos doadores, indo desde características físicas, gênicas como cor de olhos, cabelos, pele, tendências a desenvolvimento de alguma doença e etc, até qualidades individuais como aptidão para música, matemática, política, esporte e etc.

A questão que se coloca é: até onde é aceitável tentar pré-determinar as características de um filho?

Outra questão importante é a respeito do anonimato:

- A pessoa doadora do gameta tem direito ao anonimato ou não?
- Teria alguma responsabilidade sobre a criança gerada com um gameta seu?
- Teria direito de conhecer essa criança caso desejasse isso?
- A criança teria direito de saber como foi gerada, se o pai ou mãe biológica é uma pessoa desconhecida?
- Essa criança teria direito de procurar por seu genitor biológico?
- Teria algum direito jurídico, como pensão e herança?

Dado início aos procedimentos:

Passadas essas questões e iniciados os procedimentos da reprodução assistida propriamente dita. A partir daqui, independentemente da origem dos gametas, as questões que surgem são:

- O que fazer com os embriões produzidos e não implantados?
- Quantos óvulos fertilizar por vez?

Os embriões que não foram transferidos são armazenados em nitrogênio líquido (congelados) para serem preservados.

A transferência de embriões descongelados é, atualmente, uma prática comum e com relativos índices de sucesso.

Quando a proposta de uso de embriões humanos congelados decorrentes de fertilização in vitro é apresentada à sociedade, não há esclarecimentos de todos os aspectos necessários sobre a reprodução humana assistida, podendo ocorrer grandes equívocos.

Nem sempre é esclarecido que a produção de embriões excedentes a serem congelados não é essencial, mas é uma opção na realização da fertilização in vitro.

Posteriormente, com tantos embriões congelados, cria-se a falsa 'boa intenção' de dar um fim digno àqueles embriões que não serão mais utilizados para gestação.

Apesar de aparentar sofisticada tecnologia, as técnicas de reprodução assistida ainda são consideradas caracteristicamente experimentais, devido aos baixos índices de sucesso em relação ao número elevado de fertilizações fracassadas a cada tentativa de implantação, com uma taxa de 20 a 30% de sucesso após até 4 ciclos de tratamento (Ribeiro; Silva, 2007; Neves; Osswald, 2007).

No entanto, para muitos, existe um entendimento que “nada justifica a produção de embriões sobressalentes, nem mesmo a relação custo-benefício, quando se parte do princípio de que a vida humana não tem preço.” (Ribeiro; Silva, 2007, p.192).

Uma posição é de que fossem fecundados apenas os ovócitos necessários para a primeira tentativa e, caso houvesse necessidade de nova intervenção, os procedimentos seriam repetidos.

Estudos verificaram que há um aumento do risco de má formação congênita na reprodução assistida, mesmo quando a gestação é de apenas um feto. Não se tem dados sobre o maior motivo causador de tais más formações, se é a manipulação laboratorial, se é a estimulação ovariana, se é a utilização

medicamentosa ou outro fator. Não se sabe se o risco de má formação congênita está diretamente relacionado à gravidade da situação de infertilidade do casal ou é agravado com os tratamentos para cada caso de infertilidade, necessitando de mais estudos nesse sentido.

Outro aspecto controvertido na técnica de reprodução assistida é a chamada redução embrionária. Quando todos os embriões implantados são bem sucedidos, ou seja, desenvolvem-se normalmente, pode-se cogitar uma redução embrionária para diminuir o número de filhos, por meio de uma intervenção – destruição de um ou mais embriões.

Assim como as probabilidades de gravidez múltiplas são maiores com a reprodução assistida do que com fecundação natural, a incidência de abortamentos espontâneos também é maior que o normal, com uma taxa de 45% de abortos espontâneos precoces, devido à, principalmente, alterações hormonais e à anormalidades cromossômicas.

A vivência de um abortamento não é um acontecimento trivial, algo sem importância que possa passar despercebido pela vida de uma mulher ou de um casal. O sofrimento, tanto físico como psicológico, é grande e real, por isso, o casal precisa pensar se está disposto a enfrentar essa possibilidade.

No Brasil, o Código de Ética Médica, em seu Capítulo III, sobre Responsabilidade Profissional, diz que é vedado ao médico:

“Art. 15. Descumprir legislação específica nos casos de (...) fecundação artificial, (...).

§ 1º No caso de procriação medicamente assistida, a fertilização não deve conduzir sistematicamente à ocorrência de embriões supranumerários.

§ 2º O médico não deve realizar a procriação medicamente assistida com nenhum dos seguintes objetivos:

I – criar seres humanos geneticamente modificados;

II – criar embriões para investigação;

III – criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.

§ 3º Praticar procedimento de procriação medicamente assistida sem que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo.”

Concluindo:

“Ainda que o objetivo sejam os lucros, as pessoas não devem tão somente servir de meios” (Azevedo, 2010, p.21).

Indicações de filmes:

Gattaca é um filme produzido nos EUA em 1997. Ethan Hawke interpreta Vincent Freeman, que nasceu por meios naturais de seus pais, sem nenhuma manipulação genética. Os projetos pessoais de Vincent sempre esbarram nas exigências genéticas preconizadas pela sociedade para determinadas tarefas. O irmão de Vincent, Anton, foi concebido por meio da manipulação genética e, por isso, é supostamente o mais bem sucedido. As tecnologias reprodutivas e suas conseqüências para a sociedade dominam a trama do filme. O nome do filme é a junção das primeiras letras das palavras Guanina, Adenina, Timina, Adenina, Citosina, Adenina, que são os nomes das bases nitrogenadas que compõem o nosso DNA.

Quadro 5.11 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Reprodução Assistida”

5.1.11 Células-tronco

5.1.11.1 referencial acadêmico

Célula-tronco é um tipo de célula (embrionária ou adulta) capaz de proliferar, sob certas condições, por longos períodos ou por toda a vida. Podem se diferenciar em vários outros tipos de células especializadas, de vários tipos de tecidos e órgãos. Sua capacidade proliferativa combinada com a capacidade de diferenciação é o que a torna única e especial (NIH, 2001).

As células-tronco embrionárias são derivadas do blastocisto –uma camada interna celular do embrião – que se origina entre o 4 e 5 dia após a fecundação. Removido o blastocisto, o embrião morre e as células removidas são trabalhadas em laboratório. Pode-se remover células-tronco de tecido fetal, quando o feto possui de 5 a 10 semanas, e essas são chamadas de células-tronco embrionárias germinativas (NIH, 2001).

As células-tronco adultas são encontradas em vários tecidos já diferenciados (tecidos estes encontrados em indivíduos já formados ou “adultos”, daí a sua usual denominação de células-tronco “adultas”). Podem se diferenciar na célula daquele tecido onde se encontram para que ocorra renovação celular, sendo capazes de reproduzirem-se durante toda a vida do organismo. As fontes de células-tronco adultas incluem a medula óssea, sangue, córnea, polpa dental, retina, cérebro, músculo esquelético, fígado, pele, pâncreas, revestimento do trato gastrointestinal e novas fontes devem ser descobertas com o andar das pesquisas (NIH, 2001).

A principal diferença entre as células-tronco embrionárias e as adultas está na sua origem, mas há pequenas diferenças: as embrionárias podem gerar qualquer tipo de célula do organismo, enquanto as adultas podem gerar algumas (não qualquer uma) (NIH, 2001).

O começo das pesquisas com células tronco deu-se com as células provenientes da medula de adultos, pelo hematologista Ernest McCulloh e pelo biofísico James Till ao descobrirem a potencialidade de autotransformação dessas células. A partir daí, iniciou-se uma avalanche de pesquisas envolvendo células tronco de adultos para diversos tipos de doenças (Azevedo, 2010).

O objetivo dos estudos com esses tipos celulares é conseguir repor ou substituir células ausentes ou doentes para curar doenças ou, ao menos, melhorar a condição de vida em certas doenças.

5.1.11.1.1 a questão ética

Com relação aos experimentos com células tronco adultas, não há nenhum tipo de dilema ético. Há apenas a questão do consentimento livre e esclarecido e a avaliação de riscos, que devem ser estudados normalmente como em qualquer outra terapia (Neves; Osswald, 2007).

Já o uso de células tronco embrionárias humanas possui questões que nos fazem pensar quanto à legitimidade ética desse uso.

Para se conseguir as células tronco embrionárias, é necessário destruir o embrião. Os embriões para pesquisa podem ser obtidos, principalmente, de duas formas: por meio de clonagem (fato ainda não conseguido) ou quando são considerados produtos excedentes de procedimentos de reprodução assistida (Serrão, 2003; Carvalho, 2005; Neves; Osswald, 2007).

É legítimo sacrificar um embrião em desenvolvimento para beneficiar um outro ser humano já nascido?

Estes são os pontos mais críticos desse assunto. Os defensores do uso dos embriões justificam seu posicionamento alegando que o embrião é desprovido de dignidade por ser apenas um aglomerado celular, que é melhor dar um fim útil ao embrião congelado e desprezado pelos pais o qual irá fatalmente morrer e que o potencial curativo das terapias desenvolvidas com o uso desses embriões poderão salvar outras vidas (sacrifício de alguns para o bem de muitos).

A justificativa de sacrificar alguns para o bem da maioria é fácil de aceitar, desde que eu, ou qualquer pessoa de quem gosto, não faça parte da minoria escolhida para ser sacrificada. Kant já dizia que a pessoa não pode servir pra um fim que não corresponda a ela mesma, ou seja, nenhuma pessoa, por mais honrável que seja o motivo, pode ser utilizada como instrumento para o benefício de outros (Serrão, 2003).

Sabe-se que o corpo de um adulto possui células em estado indiferenciado, que são ativadas quando necessário, para reparar ou substituir células perdidas. Em animais, foi possível verificar que, apesar dessas células adultas indiferenciadas terem uma característica unipotente, podem ser reprogramadas *in vitro* para produção de outros tecidos (Serrão, 2003).

As células indiferenciadas pluripotentes estão presentes em número muito maior no embrião, mas também estão presentes no adulto, em número reduzido, mas com a mesma qualidade. Exemplo disso são as células-tronco encontradas na medula óssea, que são células indiferenciadas, pluripotentes e que podem ser reprogramadas para se diferenciarem em outros tecidos (Serrão, 2003; Carvalho, 2005).

A grande dificuldade na manipulação das células-tronco embrionárias está na indução eficiente da nova função que se deseja que a célula-tronco exerça, pois as culturas celulares têm resultado em uma mistura de células com diferentes funções, as quais precisam ser purificadas. A próxima dificuldade está no controle do desenvolvimento de teratomas, fato já observado em ratos. É preciso também resolver o problema da imuno-rejeição, pois as células-tronco embrionárias são geneticamente diferentes do organismo receptor. Esses três apontamentos são os maiores desafios ao desenvolvimento de técnicas que possam afirmar a real existência da potencialidade de benefícios terapêuticos provenientes das células-tronco embrionárias (Carvalho, 2005; Azevedo, 2010).

Mesmo após muitos anos de pesquisa, ainda não se conseguiu resultado positivo de terapias em seres humanos envolvendo células-tronco embrionárias humanas; os experimentos em animais têm apresentado riscos altos de teratomas devido ao crescimento desordenado dessas células (Neves; Osswald, 2007; Leão Júnior; Oliveira, 2009; Azevedo, 2010).

Por tudo isso, os experimentos envolvendo as propostas terapêuticas empregando as células tronco embrionárias exigem prudência com indispensável longo acompanhamento, até poder se constatar a eficácia dessas técnicas.

Pesquisadores no Japão conseguiram fazer com que células adultas voltassem a apresentar características embrionárias utilizando um retrovírus com fatores de transcrição. Isso possibilita estudar o comportamento de células embrionárias, mas sem destruir o embrião (Takahashi et al., 2007).

Pesquisadores ingleses também conseguiram obter um modelo de estudo sobre o comportamento das células embrionárias humanas através de células do epiblasto de ratos, pois estas células animais se comportam de modo igual à massa celular interna de um embrião humano (Tesar et al., 2007).

Até o momento, enquanto se falou sobre o início da vida humana, reprodução assistida e células-tronco embrionárias, não foi mencionado nenhum argumento de origem religiosa. Isso mostra que não é uma questão de dogma religioso, mas de conhecimentos consolidados por diversas áreas científicas e médicas a respeito da vida e desenvolvimento humano.

Enquanto não se chega a um consenso mundial sobre a dignidade do embrião, enquanto persistir a dúvida do valor dessa vida, a melhor solução é o princípio precaucionista, ou seja, não é permitido e eticamente aceitável atentar contra uma entidade que ainda não se provou ser destituída de identidade e dignidade humana (Carvalho, 2005).

5.1.11.2 texto em linguagem didática

Células-Tronco

O que é

Célula-tronco é um tipo de célula (embrionária ou adulta) capaz de proliferar, sob certas condições, por longos períodos ou por toda a vida. Podem se diferenciar em vários outros tipos de células especializadas, de vários tipos de tecidos e órgãos. Sua capacidade proliferativa combinada com a capacidade de diferenciação é o que a torna única e especial.

As **células-tronco embrionárias** são derivadas do blastocisto – uma camada interna celular do **embrião** – que se origina entre o 4º e 5º dia após a fecundação. Removido o blastocisto, o embrião morre e as células removidas são trabalhadas em laboratório.

Pode-se também remover células-tronco de tecido fetal, quando o feto possui de 5 a 10 semanas, e essas são chamadas de células-tronco embrionárias germinativas.

As **células-tronco adultas** são encontradas em vários tecidos já diferenciados (tecidos estes encontrados em **indivíduos já formados** ou “adultos”, daí a sua usual denominação de células-tronco “adultas”). Podem se diferenciar na célula daquele tecido onde se encontram para que ocorra renovação celular, sendo capazes de reproduzirem-se durante toda a vida do organismo.

As fontes de células-tronco adultas incluem a medula óssea, o sangue, o cordão umbilical, a córnea, a polpa dental, a retina, o cérebro, o músculo esquelético, o fígado, a pele, o pâncreas, o revestimento do trato gastrointestinal e novas fontes devem ser descobertas com o andar das pesquisas.

A principal diferença entre as células-tronco embrionárias e as adultas está na sua origem, mas há pequenas diferenças: as embrionárias podem gerar qualquer tipo de célula do organismo, enquanto as adultas podem gerar algumas (não qualquer uma).

As pesquisas

O começo das pesquisas com células tronco deu-se com as células provenientes da medula de adultos, pelo hematologista Ernest McCulloh e pelo biofísico James Till ao descobrirem a potencialidade de autotransformação dessas células. A partir daí, iniciou-se uma avalanche de pesquisas envolvendo células tronco de adultos para diversos tipos de doenças.

O objetivo dos estudos com esses tipos celulares é conseguir repor ou substituir células ausentes ou doentes para curar doenças ou, ao menos, melhorar a condição de vida em certas doenças.

A questão ética

Com relação aos experimentos com células tronco adultas, não há nenhum tipo de dilema ético. Há apenas a questão do consentimento livre e esclarecido e a avaliação de riscos, que devem ser estudados normalmente como em qualquer outra terapia.

Já o uso de células-tronco embrionárias humanas possui questões que nos fazem pensar quanto à legitimidade ética desse uso.

Para se conseguir as células tronco embrionárias é necessário destruir o embrião. Os embriões para pesquisa podem ser obtidos, principalmente, de duas formas: por meio de clonagem (fato ainda não conseguido) ou quando são considerados produtos excedentes de procedimentos de reprodução assistida.

Seria legítimo sacrificar um embrião em desenvolvimento para beneficiar um outro ser humano já nascido?

Este é um dos pontos polêmicos desse assunto. Os defensores do uso dos embriões justificam seu posicionamento alegando que:

- o embrião é desprovido de dignidade por ser apenas um aglomerado celular;
- é melhor dar um fim útil ao embrião congelado e desprezado pelos pais, pois este embrião irá fatalmente morrer;
- o potencial curativo das terapias desenvolvidas com o uso desses embriões poderá salvar outras vidas (sacrifício de alguns para o bem de muitos).

A justificativa de sacrificar alguns para o bem da maioria é fácil de aceitar, desde que eu, ou qualquer pessoa de quem gosto, não faça parte da minoria escolhida para ser sacrificada.

Kant já dizia que a pessoa não pode servir pra um fim que não corresponda a ela mesma: nenhuma pessoa, por mais honrável que seja o motivo, pode ser utilizada como instrumento para o benefício de outros.

“O homem é um fim em si próprio e nunca um meio que possa ser usado e destruído, ainda que para benefício de outros seres humanos [...]” (Serrão, 2003).

Estudar as células-tronco adultas no lugar das embrionárias?

Sabe-se que o corpo de um adulto possui células em estado indiferenciado, que são ativadas quando necessário, para reparar ou substituir células perdidas, por meio de mecanismos ainda não totalmente compreendidos pela ciência. Em animais, foi possível verificar que, apesar dessas células adultas indiferenciadas terem uma

característica unipotente, podem ser reprogramadas in vitro para produção de outros tecidos.

As células indiferenciadas pluripotentes, estão presentes em número muito maior no embrião, mas também estão presentes no adulto, em número reduzido, mas com a mesma qualidade. Exemplo disso são as células tronco encontradas na medula óssea, que são células indiferenciadas, pluripotentes e que podem ser reprogramadas para se diferenciarem em outros tecidos.

A grande dificuldade na manipulação das células-tronco embrionárias está na indução eficiente da nova função que se deseja que a célula-tronco exerça, pois as culturas celulares têm resultado em uma mistura de células com diferentes funções, as quais precisam ser purificadas.

A próxima dificuldade está no controle do desenvolvimento de teratomas, fato já observado em ratos. É preciso também resolver o problema da imunorejeição, pois as células tronco embrionárias são geneticamente diferentes do organismo receptor. Esses três apontamentos são os maiores desafios ao desenvolvimento de técnicas que possam afirmar a real existência da potencialidade de benefícios terapêuticos provenientes das células tronco embrionárias.

Mesmo após muitos anos de pesquisa, ainda não se conseguiu resultado positivo de terapias em seres humanos envolvendo células-tronco embrionárias humanas.

Por tudo isso, os experimentos envolvendo as propostas terapêuticas empregando as células tronco embrionárias exigem prudência com indispensável longo acompanhamento, até poder se constatar a eficácia dessas técnicas.

Pesquisadores, inclusive no Brasil, já conseguiram fazer com que células adultas, já especializadas, voltassem a apresentar características embrionárias de pluripotência. A chamada Reprogramação Celular faz com que a célula adulta já diferenciada volte a ser indiferenciada, podendo ser influenciada a cumprir um novo destino. Isso possibilita estudar o comportamento de células embrionárias, mas sem utilizar o embrião.

Até o momento, enquanto se falou sobre o início da vida humana, reprodução assistida e células tronco embrionárias, não foi mencionado nenhum argumento de origem religiosa. Isso mostra que não é uma questão de dogma religioso, mas de conhecimentos consolidados por diversas áreas científicas e médicas a respeito da vida e desenvolvimento humano.

Enquanto não se chega a um consenso mundial sobre a dignidade do embrião, enquanto persistir a dúvida do valor dessa vida, a melhor solução é o princípio **precaucionista**, ou seja, **não é permitido e eticamente aceitável atentar contra uma entidade que ainda não se provou ser destituída de identidade e dignidade humana.**

Quadro 5.12 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Células-tronco”

5.1.12 Eutanásia

5.1.12.1 referencial acadêmico

O termo *eutanásia* diz respeito a uma “[...] ação ou uma omissão que, por sua natureza, ou nas intenções, busca a morte, com o objetivo de eliminar toda dor.” (Sgreccia, 1996, p. 604). Há outros termos parecidos que podem levar a uma confusão de conceitos. Um deles é a *distanásia*, que se refere aos procedimentos médicos já considerados inadequados ou desproporcionais à situação do paciente e aos resultados esperados. A *distanásia* também é compreendida como *obstinação terapêutica*, que pressupõe o uso de todas as possibilidades terapêuticas para se conseguir a manutenção da vida a qualquer custo (Ramos; Kohler; Silva, 2009). A *ortotanásia* é a negação da eutanásia e da *distanásia*, sem abreviação ou prolongamento da vida, sendo entendida como a forma mais ética e digna do processo de morrer, respeitando a vida humana (Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Se é da natureza humana o desejo de ser feliz e, por conseguinte, lutar pela vida, o que levaria uma pessoa a pedir para morrer ou para ser morta?

Para entender os motivos que levam uma pessoa a preferir estar morta a continuar vivendo, precisamos entender os elementos que constituem o processo do morrer.

A morte para a nossa sociedade ocidental não é bem aceita como um processo natural da vida, mas é vista como um sofrimento injusto e insuportável, ao contrário da sociedade africana, que respeita o homem e aceita sua morte (Sgreccia, 1996). A morte é vista como um insulto à vida e ao progresso, um processo que precisa ser controlado.

A morte é um fato e um acontecimento inevitável, que é resultado do *processo de morrer*. Este processo é uma experiência e uma vivência pessoal intransferível, um caminho que pode ser percorrido de diversas formas: pode haver solidão, desespero, sofrimento, dores físicas, como pode haver compaixão, amparo, solidariedade e alívios dos diversos sofrimentos e dores.

Quando uma sociedade tenta negar a morte, está tentando fugir dela e perdendo a oportunidade de refletir sobre seu significado, sobre as necessidades de amparo, entrando em um processo de alienação (Ramos; Kohler; Silva, 2009).

A ocultação da morte anda vinculada ao profundo mal-estar provocado pelo vazio existencial e pela falta de sentido. A pessoa humana está em constante busca pelo sentido dos fatos cotidianos e também de resposta pelo sentido último da existência (Ramos; Kohler; Silva, 2009, p. 275).

Assim, não é difícil construir o cenário que temos hoje ao redor da pessoa que está em processo de morrer: se antigamente os doentes morriam em casa, próximos de seus familiares, enfrentando a questão da morte como um episódio da vida quotidiana, hoje, temos a morte solitária dentro das Unidades de Terapias Intensivas (UTI), ambiente nada confortável para quem precisa de aconchego nos últimos momentos, onde dificilmente a família está ao lado do doente no momento de sua morte (Pessini, 1990; Ramos; Kohler; Silva, 2009). A finalidade de uma UTI é de atender pacientes com chances de cura, mas frequentemente encontram-se pacientes em fases terminais (Pessini, 1990).

A morte vem sendo ocultada das crianças, utilizando-se eufemismos para não dizer a verdade sobre a morte dos avós, por exemplo. Tem-se ocultado até mesmo do próprio paciente que está morrendo, numa fracassada tentativa de poupá-lo, dizendo-se que está tudo bem e mentindo a respeito de seu real estado (Pessini, 1990). Ocultar a morte, evitar falar nela também prejudica a forma como lidamos com o sofrimento, algo que toda pessoa vivencia e que, agora, também é considerado totalmente indesejável (Serrão, 2007).

Então, a tentativa de se ter controle sobre o sofrimento e sobre a morte faz legitimar a eutanásia, na ilusão de que determinando quando e como irei morrer, poderei dominar ambos (Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Neste aspecto, encontramos dois pólos extremos responsáveis por criar situações de muito sofrimento: um refere-se ao excesso de cuidados e o outro à carência generalizada de cuidados (ao quase abandono da pessoa).

a) Excesso de cuidados

Grande parte do esforço da ciência está direcionada ao prolongamento da vida humana, como as descobertas para cura de doenças, novos medicamentos, desenvolvimento e aperfeiçoamento de aparelhos de diagnósticos e mantenedores artificiais de vida (como respiradores artificiais, circuladores de líquidos) e outros (Serrão, 2007).

Essas novas tecnologias possibilitaram que pessoas que estavam em um estágio iminente de morte pudessem ser salvas de uma parada cardíaca, respiratória, de traumatismos e politraumatismos, insuficiências diversas e outros estados críticos.

No entanto, o uso indiscriminado das terapias em pacientes que já estão em processo irreversível de morte acaba prolongando o processo de morrer ao invés de proporcionar o resgate da vida (Serrão, 2007). Aqui fica caracterizada a chamada *obstinação terapêutica*, que corresponde a manobras extraordinárias na tentativa de manter a vida a qualquer custo (Pessini, 1990).

A não aceitação da morte como um fato natural e inevitável, ou a tentativa de tranquilizar a própria consciência ao pensar que foi feito de tudo para salvar aquela pessoa, ou encarar a morte como um fracasso da medicina, são uns dos prováveis motivos que criaram o paradigma da cura a qualquer preço (Serrão, 2007).

A consequência disso são as novas interrogações criadas: quando se desliga os aparelhos e quem fará isso? Como saber o momento de desligamento? Há indicadores biológicos para isso? Quem é a pessoa que irá apertar o botão “desliga” das máquinas? O médico, a enfermeira, alguém da família?

b) Carência de cuidados

Hoje, muitas doenças graves (com prognóstico de morte) possuem tratamentos, mas nem todas as pessoas doentes têm acesso aos tratamentos existentes. Os recursos da saúde pública não conseguem contemplar todos os indivíduos da população em todas as suas necessidades de saúde e, se a pessoa

doente não possui meios particulares para ter acesso ao tratamento adequado, a doença seguirá seu curso.

Nessas condições, a pessoa doente pode sofrer muito com a falta do tratamento e com a evolução de sua doença, podendo chegar ao ponto de pedir para morrer antes que sua doença faça isso mais adiante (Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Em casos de doenças que ainda não possuem tratamento ou quando a pessoa doente não tem acesso ao tratamento necessário, ainda há o que fazer: os cuidados paliativos. Os cuidados paliativos visam o conforto e bem estar da pessoa doente que se encontra em fase terminal de vida. Esses cuidados envolvem não só o alívio de dores físicas, mas também o apoio emocional/psicológico, social e espiritual, permitindo que a pessoa tenha dignidade até o momento de sua morte.

Mesmo quando não há tratamento ou quando não há acesso ao tratamento existente, é possível não desejar a morte se a pessoa doente recebe os devidos cuidados paliativos. A falta de tratamento somado à falta de cuidados paliativos influencia negativamente o desejo de abreviação da vida de quem sofre com a progressão de sua doença (Serrão, 2007).

No entanto, não encontramos muitos investimentos (públicos e privados) na área dos cuidados paliativos. Talvez, um dos motivos seja o baixo lucro obtido com as pessoas que se encontram em fase terminal de vida. Há gestores de saúde que consideram os cuidados paliativos como prejuízo financeiro para os sistemas de prestação de cuidados a saúde e chegam a desestimular o investimento nessa área (Ramos; Kohler; Silva, 2009).

5.1.12.1.1 motivos que levam ao pedido pela eutanásia

Resumidamente, podem-se reunir os motivos em três categorias: dor física, sofrimento insuportável e esgotamento do projeto pessoal de vida (Serrão, 2007).

Quando a dor física se torna alucinante, toda percepção da pessoa se volta para as dores, todo o resto é esquecido, dificulta o tratamento físico, o humor e a interação social (Pessini, 1990; Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

O sofrimento insuportável é um sofrimento derivado do estado emocional, que pode ser provocado pelas dores físicas ou existir sem elas. É preciso prestar atenção no fato de que nem todo sofrimento acaba quando as dores são retiradas, porque a pessoa está fragilizada pelo medo da morte, pela progressão da sua doença, pela constatação da sua finitude, pelo abandono ou sensação de solidão, pelas limitações físicas de seu corpo e diminuição de sua autonomia, problemas financeiros e muitas outras razões (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

No esgotamento do projeto pessoal de vida, a pessoa já não consegue ver sentido em continuar vivendo. Frequentemente ocorre com pessoas que ficaram tetraplégicas: não há risco de morte iminente e nem previsão de morte próxima, o choque emocional e o sofrimento já passaram. Há um corpo imóvel que não corresponde mais aos planos e desejos existentes antes do acidente e essas pessoas pedem, friamente, pela eutanásia, pois não conseguem enxergar nenhum sentido em continuarem com um corpo “inútil”. É o fim de toda esperança (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

5.1.12.1.2 a realização do pedido

O pedido pela eutanásia pode ser dirigido a médicos, enfermeiros, amigos, familiares. Independente de quem seja, o pedido deve ser acolhido com muito respeito, porque não é um ato de egoísmo ou de arrogância, mas um pedido humilhante, de quem se sente fracassado (Serrão, 2007). Depois, é preciso fazer todo esforço necessário para conhecer as causas por trás do pedido (se são dores físicas, emocionais ou falta de sentido para viver).

Visto que a causa do sofrimento são as dores físicas, estas devem tratadas de acordo. A Medicina já evoluiu o suficiente para oferecer recursos a fim de aliviar ou eliminar todo tipo de dor. Mesmo quando medicações não resolvem, há procedimentos cirúrgicos que interrompem a condução nervosa responsável pela dor presente. Então, a dor física, mesmo sendo um bom motivo para desejar a morte, hoje não é um motivo justificável. Ao retirar a dor, a pessoa volta a tomar conta de si e de desejar a viver (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Quando o motivo vem de um sofrimento insuportável, é preciso tentar conhecer a história de vida para tentar conhecer o que causa essa angústia e depressão. Conseguindo ou não identificar o que ocasiona o sofrimento, é necessária uma conversa com um profissional da psicologia que irá orientar a correta conduta e o tratamento mais indicado, pois a família e os outros profissionais da equipe de saúde não possuem capacidade suficiente para lidar com esse tipo de sofrimento (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Quando o pedido vem de uma pessoa que não vai morrer, mas que não vê mais sentido em continuar vivo, é preciso procurar diversas ajudas especializadas. Nessa situação de vazio existencial, é preciso recriar um novo sentido para vida, **“renascer para uma outra vida a ser vivida”**, ou com corpo imóvel (como no caso dos tetraplégicos) ou com um corpo em constante transformação (como no caso de pessoas com doenças degenerativas) (Serrão, 2007). Essas pessoas precisam de ajuda de psicólogos, às vezes psiquiatras, terapeutas ocupacionais, que irão trabalhar muito nas adaptações físicas, amigos e família para o retorno às relações sociais, dos governantes para proporcionarem acessibilidades nos locais públicos, ofertas de empregos, etc (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

É preciso perceber que a qualidade de vida de uma pessoa não está unicamente relacionada com sua capacidade de exercer suas habilidades físicas e isso seria reduzir a pessoa a apenas um de seus componentes, o que é inconcebível (França, 2003). Facilitando o acesso às melhorias que já foram criadas para pessoas com deficiências físicas, fornecendo suporte para a dimensão física, psicológica, social e espiritual do tetraplégico, o que passa não ter mais sentido é o pedido de eutanásia.

Independentemente para quem é dirigido o pedido, a família, os amigos, os enfermeiros, todos acabam chamando o médico para ajudar a decidir o que fazer. Como o médico “tem a vida de seus pacientes em suas mãos”, teria também a morte e, se o médico pudesse matar alguém, não seria considerado um crime de homicídio (Serrão, 2007). Temos, então, que essa decisão fica praticamente restrita ao médico.

Se a decisão for não realizar o pedido por pela eutanásia, seria muito desumano por parte do médico basear sua decisão apenas por medo das conseqüências jurídicas (Serrão, 2007).

Se a decisão for pela morte, neste caso, é preciso atentar para as exigências da lei, pois há países em que a eutanásia é permitida legalmente, como ocorre na Holanda. Algumas das exigências é a manifestação expressa pelo paciente do pedido; mais de uma equipe médica deve atestar a situação terminal do paciente; a polícia, o poder judiciário e o Conselho de Medicina devem ser comunicados sobre o pedido etc (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Mais do que atentar para as leis, é preciso verificar se não há conflito de interesses, como aqueles citados anteriormente que dizem respeito a relação custo/benefício (financeiro), quando se gasta muito dinheiro para atender uma pessoa que não viverá por muito tempo. Nesse conflito de interesses, de um lado está uma pessoa em fase terminal e de outro lado está um gestor querendo diminuir os gastos com esse paciente, o que pode influenciar o incentivo à prática da eutanásia, mesmo quando o paciente não a desejou. A existência da lei não garante que a vontade do paciente seja sempre respeitada (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

No Brasil não há uma legislação que regulamente a prática ou não da eutanásia. A sua prática é considerada, nos termos legais, como homicídio ou suicídio, tendo as punições previstas no Código Penal. A mais recente resolução do Código de Ética Médica, em seu Capítulo V, Relação com Pacientes e Familiares, diz que é **vedado** ao médico (CFM, 2010):

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

5.1.12.1.3 possível solução

Entender que o pedido pela eutanásia significa um pedido por ajuda, para acabar com um sofrimento, buscar o retorno ao equilíbrio das dimensões física, psicológica, espiritual, social, é o caminho para solucionar o problema.

Respeitar a dignidade da pessoa humana não seria ajudá-la a abreviar a sua vida, mas seria tratá-la com respeito, atender suas necessidades, eliminar ou aliviar as dores, compreendê-la como algo mais que um corpo doente, como uma pessoa singular, com sonhos e aspirações até o momento da sua morte (Pessini, 1990). Quando as condições são tais, o pedido de eutanásia desaparece, e o processo do morrer é encarado com serenidade até o final (Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Precisamos lembrar que muitos doentes não recebem tratamentos adequados (com excessos ou carência de cuidados) e as famílias não recebem o suporte necessário, não tendo sua dignidade respeitada. A dor, seja em que sentido for, não é referencial seguro para basear decisões sobre a vida e a morte (França, 2003). Numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, a autonomia não pode ser exercida em sua plenitude, pois sua condição vulnerável condiciona suas decisões: é compreensível que uma pessoa em sofrimento insuportável deseje morrer, mas esse desejo não é a expressão plena de sua autonomia (França, 2003; Serrão, 2007; Ramos; Kohler; Silva, 2009).

Quando alguém pede para morrer, significa que houve falhas de alguém (família, amigos, médicos) ou da sociedade na ajuda a essa pessoa (Pessini, 1990). Os cuidados paliativos conseguem confortar o paciente em todas as suas dimensões, possibilitando que a vida siga seu curso natural, sem atitudes extremas, vivenciando todo o processo com dignidade (Serrão, 2007). Esta medicina de atenção não exige muita tecnologia e cuida do sofrimento físico quando há quadro de dor, cuida do sofrimento psicológico quando há problemas com a aceitação da morte, cuida do sofrimento social quando as pessoas que estão ao redor do paciente precisam de auxílio e cuida do sofrimento espiritual quando há necessidade de reencontrar um sentido para a vida (inclusive da morte) (Di Sarno et al., 2004).

5.1.12.2 texto em linguagem didática

Eutanásia

O que é:

Eutanásia: diz respeito a uma “[...] ação ou uma omissão que, por sua natureza, ou nas intenções, busca a morte, com o objetivo de eliminar toda dor.” (Sgreccia, 1996, p.604).

Distanásia: refere-se aos procedimentos médicos já considerados inadequados ou desproporcionais à situação do paciente e aos resultados esperados. Também é compreendida como obstinação terapêutica, que pressupõe o uso de todas as possibilidades técnicas para se conseguir a manutenção da vida a qualquer custo.

Ortotanásia: é a negação da eutanásia e da distanásia, sem abreviação ou prolongamento da vida, sendo entendida como a forma mais ética e digna do processo de morrer, respeitando a vida humana.

Há ainda algumas diferenças referentes à ocorrência da eutanásia:

- Eutanásia Ativa: ação direta que induz a morte do paciente, como uma injeção medicamentosa específica para este fim.
- Eutanásia Passiva: suspensão de algo essencial para a sobrevivência do paciente, como alimentação e hidratação.

Há uma situação que merece atenção: há casos em que o paciente precisa receber uma medicação que pode, com o passar do tempo e do aumento progressivo das doses, levar o paciente a óbito, mas sem essa intenção! Neste caso, a administração desse tipo de medicamento não é considerada como eutanásia passiva, porque não tem a intenção de induzir a morte do paciente. A morte do paciente é uma consequência que não pôde ser evitada por não haver medicação alternativa para aquele caso.

- Eutanásia voluntária: quando o paciente pede expressamente pela eutanásia.
- Eutanásia involuntária: quando o paciente encontra-se inconsciente e recebe a eutanásia.

Qual é o contexto?

Atualmente, nos deparamos com uma tecnologia capaz de prolongar a vida mesmo quando está já se encontra no fim. Também possuímos meios para induzir uma morte rápida e sem dor.

Essas duas possibilidades, de prolongar ou abreviar a vida do homem, nos faz pensar se é justo ou não pedir ou acatar por qualquer uma das duas possibilidades.

Prolongar a vida de alguém que já se encontra em processo de morte, com os tais procedimentos extraordinários, causará mais sofrimentos ou é o último sopro de esperança de melhora?

Há dores intratáveis ou outros motivos que justifiquem a abreviação da vida de alguém pela eutanásia?

Se é da natureza humana o desejo de ser feliz e, por conseguinte, lutar pela vida, o que levaria uma pessoa a pedir para morrer ou para ser morta?

Para entender os motivos que levam uma pessoa a preferir estar morta a continuar vivendo, precisamos entender os elementos que constituem o processo do morrer.

Como a morte é vista atualmente

Para a nossa sociedade ocidental a morte não é bem aceita como um processo natural da vida, mas é vista como um sofrimento injusto e insuportável, ao contrário da sociedade africana, que respeita o homem e aceita sua morte.

A morte é vista como um insulto à vida e ao progresso, um processo que precisa ser controlado.

A morte é um fato e um acontecimento inevitável, que é resultado do *processo de morrer*. Este processo é uma experiência e uma vivência pessoal intransferível, um caminho que pode ser percorrido de diversas formas: pode haver solidão, desespero, sofrimento, dores físicas, assim como pode haver compaixão, amparo, solidariedade e alívios dos diversos sofrimentos e dores.

Quando uma sociedade tenta negar a morte, está tentando fugir dela e perdendo a oportunidade de refletir sobre seu significado, sobre as necessidades de amparo, entrando em um processo de alienação.

A ocultação da morte anda vinculada ao profundo mal-estar provocado pelo vazio existencial e pela falta de sentido. A pessoa humana está em constante busca pelo sentido dos fatos cotidianos e também de resposta pelo sentido último da existência.” (Ramos; Kohler; Silva, 2009, p. 275).

Assim, não é difícil construir o cenário que temos hoje ao redor da pessoa que está em processo de morrer: se antigamente os doentes morriam em casa, próximos de seus familiares, enfrentando a questão da morte como um episódio da vida quotidiana, hoje, temos a morte solitária dentro das Unidades de Terapias Intensivas (UTI), ambiente nada confortável para quem precisa de aconchego nos últimos momentos, onde dificilmente a família está ao lado do doente no momento de sua morte.

A finalidade de uma UTI é de atender pacientes com chances de cura, mas freqüentemente encontram-se pacientes em fases terminais.

A morte vem sendo ocultada das crianças, utilizando-se eufemismos para não dizer a verdade sobre a morte dos avôs, por exemplo.

Tem-se ocultado até mesmo do próprio paciente que está morrendo, numa fracassada tentativa de poupá-lo, dizendo-se que está tudo bem e mentindo a respeito de seu real estado.

Ocultar a morte, evitar falar nela também prejudica a forma como lidamos com o sofrimento, algo que toda pessoa vivencia e que, agora, também é considerado totalmente indesejável.

Então, a tentativa de se ter controle sobre o sofrimento e sobre a morte faz legitimar a eutanásia, na ilusão de que determinando quando e como irei morrer, poderei dominar ambos.

Por que uma pessoa pede para morrer?

Neste aspecto, encontramos dois pólos extremos responsáveis por criar situações de muito sofrimento: um refere-se ao excesso de cuidados e o outro à carência generalizada de cuidados (ao quase abandono da pessoa).

Excesso de cuidados

Grande parte do esforço da ciência está direcionada ao prolongamento da vida humana, como as descobertas para cura de doenças, novos medicamentos, desenvolvimento e aperfeiçoamento de aparelhos de diagnósticos e mantenedores artificiais de vida (como respiradores artificiais, circuladores de líquidos) e outros.

Essas novas tecnologias possibilitaram que pessoas que estavam em um estágio iminente de morte pudessem ser salvas de uma parada cardíaca, respiratória, de traumatismos e politraumatismos, insuficiências diversas e outros estados críticos.

No entanto, o uso indiscriminado das terapias em pacientes que já estão em processo irreversível de morte acaba prolongando o processo de morrer ao invés de proporcionar o resgate da vida.

Aqui fica caracterizada a chamada ***obstinação terapêutica***, que corresponde a manobras extraordinárias na tentativa de manter a vida a qualquer custo.

A não aceitação da morte como um fato natural e inevitável, ou a tentativa de tranquilizar a própria consciência ao pensar que foi feito de tudo para salvar aquela pessoa, ou encarar a morte como um fracasso da medicina, são uns dos prováveis motivos que criaram o paradigma da cura a qualquer preço.

A consequência disso são as novas interrogações criadas:

- Quando se desliga os aparelhos?
- Como saber o momento de desligamento?
- Há indicadores biológicos para isso?
- Quem é a pessoa que irá apertar o botão “desliga” das máquinas? O médico, a enfermeira, alguém da família?

Carência de cuidados

Hoje, muitas doenças graves (com prognóstico de morte) possuem tratamentos, mas nem todas as pessoas doentes têm acesso aos tratamentos existentes.

Os recursos da saúde pública não conseguem contemplar todos os indivíduos da população em todas as suas necessidades de saúde e se a pessoa doente não possui meios particulares para ter acesso ao tratamento adequado, a doença seguirá seu curso.

Nessas condições, a pessoa doente pode sofrer muito com a falta do tratamento e com a evolução de sua doença, podendo chegar ao ponto de pedir para morrer antes que sua doença faça isso mais adiante.

Em casos de doenças que ainda **não possuem tratamento** ou quando a pessoa doente **não tem acesso ao tratamento** necessário, ainda há o que fazer: os **cuidados paliativos**.

Os cuidados paliativos visam o conforto e bem estar da pessoa doente que se encontra em fase terminal de vida. Esses cuidados envolvem não só o alívio de dores físicas, mas também o apoio emocional/psicológico, social e espiritual, permitindo que a pessoa tenha dignidade até o momento de sua morte.

Mesmo quando não há tratamento ou quando não há acesso ao tratamento existente, é possível não desejar a morte se a pessoa doente recebe os devidos cuidados paliativos. A falta de tratamento somado à falta de cuidados paliativos influencia negativamente o desejo de abreviação da vida de quem sofre com a progressão de sua doença.

No entanto, não encontramos muitos investimentos (públicos e privados) na área dos cuidados paliativos. Talvez, um dos motivos seja o baixo lucro obtido com as pessoas que se encontram em fase terminal de vida. Há gestores de saúde que consideram os cuidados paliativos como prejuízo financeiro para os sistemas de prestação de cuidados a saúde e chegam a desestimular o investimento nessa área.

Motivos que levam ao pedido pela eutanásia

Podem-se reunir os motivos em resumidamente três categorias: dor física, sofrimento insuportável e esgotamento do projeto pessoal de vida.

Quando a dor física se torna alucinante, toda percepção da pessoa se volta para as dores, todo o resto é esquecido, dificulta o tratamento físico, o humor e a interação social.

O sofrimento insuportável é um sofrimento derivado do estado emocional, que pode ser provocado pelas dores físicas ou existir sem elas. É preciso prestar atenção no fato de que nem todo sofrimento acaba quando as dores são retiradas, porque a pessoa está fragilizada pelo medo da morte, pela progressão da sua doença, pela constatação da sua finitude, pelo abandono ou sensação de solidão, pelas limitações físicas de seu corpo e diminuição de sua autonomia, problemas financeiros e muitas outras razões.

No esgotamento do projeto pessoal de vida, a pessoa já não consegue ver sentido em continuar vivendo. Frequentemente ocorre com pessoas que ficaram tetraplégicas: não há risco de morte iminente e nem previsão de morte próxima, o choque emocional e o sofrimento já passaram. Há um corpo imóvel que não corresponde mais aos planos e desejos existentes antes do acidente e essas pessoas pedem, friamente, pela eutanásia, pois não conseguem enxergar nenhum sentido em continuarem com um corpo “inútil”. É o fim de toda esperança.

Quando o pedido foi feito

O pedido pela eutanásia pode ser dirigido a médicos, enfermeiros, amigos, familiares.

Independente de quem seja, o pedido deve ser acolhido com muito respeito, porque não é um ato de egoísmo ou de arrogância, mas um pedido humilhante de quem se sente fracassado.

Depois, é preciso fazer todo esforço necessário para conhecer as causas desse pedido (se são dores físicas, emocionais ou falta de sentido para viver).

Visto que a causa do sofrimento são as dores físicas, estas devem tratadas de acordo.

A Medicina já evoluiu o suficiente para oferecer recursos a fim de aliviar ou eliminar todo tipo de dor. Mesmo quando as medicações não resolvem, há procedimentos cirúrgicos que interrompem a condução nervosa responsável pela dor presente.

Então, a dor física, mesmo sendo um bom motivo para desejar a morte, hoje não é um motivo justificável. Ao retirar a dor, a pessoa volta a tomar conta de si e de desejar a viver.

Quando o motivo vem de um sofrimento insuportável, é preciso tentar conhecer a história de vida para tentar conhecer o que causa essa angústia e depressão.

Conseguindo ou não identificar o que ocasiona o sofrimento, é necessária uma conversa com um profissional da psicologia que irá orientar a correta conduta e o tratamento mais indicado, pois a família e os outros profissionais da equipe de saúde não possuem capacidade suficiente para lidar com esse tipo de sofrimento.

Quando o pedido vem de uma pessoa que não possui prognóstico de morte, mas que não vê mais sentindo em continuar vivo, é preciso procurar diversas ajudas especializadas.

Nessa situação de vazio existencial, é preciso recriar um novo sentido para vida, **“renascer para uma outra vida a ser vivida”**, ou com corpo imóvel (como no caso dos tetraplégicos) ou com um corpo em constante transformação (como no caso de pessoas com doenças degenerativas).

Essas pessoas precisam de ajuda de psicólogos, às vezes psiquiatras, terapeutas ocupacionais (que irão trabalhar muito nas adaptações físicas), amigos e família (para o retorno às relações sociais), dos governantes (para proporcionarem acessibilidades nos locais públicos, ofertas de empregos), etc.

É preciso perceber que a qualidade de vida de uma pessoa não está unicamente relacionada com sua capacidade de exercer suas habilidades físicas. Isso seria reduzir a pessoa à apenas um de seus componentes, o que é inconcebível.

Facilitando o acesso às melhorias que já foram criadas para pessoas com deficiências físicas, fornecendo suporte para a dimensão física, psicológica, social e espiritual, o pedido pela eutanásia esvai-se.

Quem não conhece uma pessoa que superou as dificuldades da tetraplegia e que vive muito bem, dificilmente acredita que seja possível voltar a ter uma vida plena com tantas limitações.

Se nos perguntássemos “E se fosse comigo?”, provavelmente a resposta seria “Ah, prefiro morrer que ficar tetraplégico!”

É comum encontrar esse tipo de pensamento porque, realmente, refere-se a uma situação complexa e que exige muita superação, e porque o que nos chega pelos meios de comunicação são histórias de dor e sofrimento infinitos. Os casos de

peças tetraplégicas felizes não são tão divulgados, ficando conhecidos apenas em seus meios sociais.

Quem decide a realização ou não do pedido?

Independentemente para quem é dirigido o pedido (a família, os amigos, os enfermeiros), todos acabam chamando o médico para ajudar a decidir o que fazer.

Como o médico “tem a vida de seus pacientes em suas mãos”, teria também a morte e, se o médico pudesse matar alguém, não seria considerado um crime de homicídio. Temos, então, que essa decisão fica praticamente restrita ao médico.

Se a decisão for não realizar o pedido de eutanásia, seria muito desumano por parte do médico basear sua decisão apenas por medo das consequências jurídicas.

É aceitável dizer que não se pode praticar a eutanásia porque a lei não permite e não dar suporte ao paciente?

Ou seria melhor ajudar o paciente a suportar as dores e os outros sofrimentos de modo a melhorar sua qualidade de vida?

Se a decisão for pela morte, neste caso, é preciso atentar para as exigências da lei, pois há países em que a eutanásia é permitida legalmente, como ocorre na Holanda.

Algumas dessas exigências é a manifestação expressa pelo paciente do pedido; mais de uma equipe médica deve atestar a situação terminal do paciente; a polícia, o poder judiciário e o Conselho de Medicina devem ser comunicados sobre o pedido, entre outros.

Mais do que atentar para as leis, é preciso verificar se não há conflito de interesses, como à relação custo/benefício (financeiro) quando se gasta muito dinheiro para atender uma pessoa que não viverá por muito tempo.

Nesse conflito de interesses, de um lado está uma pessoa em fase terminal e de outro lado está um gestor querendo diminuir os gastos com esse paciente, o que pode influenciar o incentivo à prática da eutanásia, mesmo quando o paciente não a desejou. A existência da lei não garante que a vontade do paciente seja sempre respeitada.

No **Brasil** não há uma legislação que regule a prática ou não da eutanásia. A sua prática é considerada, nos termos legais, como homicídio ou suicídio, tendo as punições previstas no Código Penal. A mais recente resolução do Código de Ética Médica, em seu Capítulo V, Relação com Pacientes e Familiares, diz que é **vedado** ao médico:

“Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”

Possível solução

Entender que o pedido pela eutanásia significa um pedido por ajuda, para acabar com um sofrimento, buscar o retorno ao equilíbrio das dimensões física, psicológica, espiritual, social, é o caminho para solucionar o problema.

Muitos defensores da eutanásia argumentam que todos têm o direito de morrer com dignidade e de ter sua autonomia respeitada. No entanto, o “direito de morrer com dignidade” é uma decorrência do viver com dignidade, muito diferente do sobreviver em sofrimento.

Respeitar a dignidade da pessoa humana não seria ajudá-la a abreviar a sua vida, mas seria tratá-la com respeito, atender suas necessidades, eliminar ou aliviar as dores, compreendê-la como algo mais que um corpo doente, como uma pessoa singular, com sonhos e aspirações até o momento da sua morte.

Quando as condições são tais, o pedido de eutanásia desaparece, e o processo do morrer é encarado com serenidade até o final.

Precisamos lembrar que muitos doentes não recebem tratamentos adequados (com excessos ou carência de cuidados) e as famílias não recebem o suporte necessário, não tendo sua dignidade respeitada.

A dor, seja em que sentido for, não é referencial seguro para basear decisões sobre a vida e a morte.

Numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, a autonomia não pode ser exercida em sua plenitude, pois sua condição vulnerável condiciona suas decisões: é compreensível que uma pessoa em sofrimento insuportável deseje morrer, mas esse desejo não é a expressão plena de sua autonomia.

Quando alguém pede para morrer, significa que houve falhas de alguém (família, amigos, médicos) ou da sociedade na ajuda a essa pessoa.

Os cuidados paliativos conseguem confortar o paciente em todas as suas dimensões, possibilitando que a vida siga seu curso natural, sem atitudes extremas, vivenciando todo o processo com dignidade.

Esta medicina de atenção não exige muita tecnologia e cuida do sofrimento físico quando há quadro de dor, cuida do sofrimento psicológico quando há problemas com a aceitação da morte, cuida do sofrimento social quando as pessoas que estão ao redor do paciente precisam de auxílio e cuida do sofrimento espiritual quando há necessidade de reencontrar um sentido para a vida (inclusive da morte).

Indicações de filmes:

Mar Adentro é um filme espanhol, dirigido por Alejandro Amenabar, que recebeu um Oscar, um Globo de Ouro e um Independent Spirit Award, todos na categoria de melhor filme estrangeiro. O filme conta a história verídica de Ramón Sampedro (interpretado por Javier Bardem), um homem que ficou tetraplégico após um mergulho e que, após 29 anos vivendo nessa condição, tenta obter a autorização legal para o seu pedido por eutanásia. É preciso um certo cuidado ao ver o filme porque a emoção transmitida pelo sofrimento de Ramón e as tomadas cinematográficas podem confundir um pouco a reflexão a respeito da eutanásia. Com frequência, Ramón diz que “viver é um direito, não uma obrigação”, colocando em discussão a regulação da vida pelo Estado, pela Igreja e pela sociedade. É preciso buscar entender porque Ramón pede para morrer e se esta é realmente a única solução existente para o seu sofrimento. Ramona Maniero era a principal suspeita de ter ajudado Ramón a tomar cianureto e confessou tê-lo ajudado a tomar cianureto para morrer. A confissão veio sete anos depois da morte de Ramón, quando o crime já estava prescrito e ela não poderia mais ser julgada e presa. Este filme foi baseado em um livro escrito em 1996 por Ramón Sampedro chamado

“Cartas do inferno”. No livro, é possível perceber que o acidente de Ramón, na verdade, foi uma tentativa de suicídio. No entanto, tal fato não é evidente no filme *Mar adentro*. Após ter ficado tetraplégico devido a uma tentativa de suicídio fracassada, Ramón continua tentando suicidar-se e, impossibilitado de fazer isso sozinho, pede pela eutanásia.

Menina de Ouro é um filme dirigido por Clint Eastwood, o qual também atua no papel do treinador de boxe Frankie Dunn. Este filme foi vencedor de 4 Oscars: Melhor Diretor (Clint Eastwood), Melhor Atriz (Hilary Swank), Melhor Ator Coadjuvante (Morgan Freeman) e Melhor Filme. Frankie Dunn é um treinador de boxe em uma academia decadente e trabalha com Scrap (Morgan Freeman), um ex-lutador de boxe que ficou cego de um olho durante uma luta. Maggie Fitzgerald (Hilary Swank) é uma menina pobre que tem o sonho de ser lutadora de boxe e tenta convencer Frankie Dunn a ser seu treinador. Frankie aceita treinar Maggie, que inicia suas primeiras lutas com vitórias surpreendentes até algo muito grave acontecer, mudando radicalmente a vida dessas pessoas. Este é um drama muito forte e provoca emoção no público. Traz a reflexão sobre o sentido da vida e a necessidade de apoio para viver.

Firefox Flash Page Flip

http://www.teleodontoforo.usp.br/moodle/file.php/53/arquivos/BIOETICA/Default.html

whit

118/119

go to page

FlashPageFlip.com

Eutanásia

A não aceitação da morte como um fato natural (e inevitável) ou a tentativa de transferir a própria consciência ao pensar que foi feito de tudo para salvar aquela pessoa, ou encarar a morte como um fracasso da medicina, são uns dos prováveis motivos que criaram o paradigma da cura a qualquer preço.

A consequência disso são as novas interrogações criadas:

- Quando desliga-se as aparelhas?
- Como saber o momento de desligamento?
- Há indicadores biológicos para isso?
- Quem é a pessoa que irá apertar o botão "desliga" das máquinas? O médico, a enfermeira, alguém da família?

Carência de cuidados

Hoje, muitas doenças graves (com prognóstico de morte) possuem tratamentos, mas nem todas as pessoas doentes têm acesso aos tratamentos existentes.

Os recursos da saúde pública não conseguem contemplar todos os indivíduos da população em todas as suas necessidades de saúde e se a pessoa doente não possui meios particulares para ter acesso ao tratamento adequado, a doença seguirá seu curso.

Nessas condições, a pessoa doente pode sofrer muito com a falta do tratamento e com a evolução de sua doença, podendo chegar ao ponto de pedir para morrer antes que sua doença faça isso mais tarde.

Em casos de doenças que ainda não possuem tratamento ou quando a pessoa doente não tem acesso ao tratamento necessário, ainda há o que fazer: os cuidados paliativos. Os cuidados paliativos visam o conforto e bem estar da pessoa doente que se encontra em fase terminal de vida. Essas condições envolvem não só o alívio de dores físicas, mas também o apoio emocional, psicológico, social e espiritual, permitindo que a pessoa tenha dignidade até o momento de sua morte.

Mesmo quando não há tratamento ou quando não há acesso ao tratamento existente, é possível não desejar a morte se a pessoa doente recebe os devidos cuidados paliativos. A falta de informação sobre o fato de cuidados paliativos influencia negativamente o desejo de interrupção da vida de quem sofre com a progressão de sua doença.

No entanto, não encontramos muitos investimentos, públicos e privados, na área dos cuidados paliativos. Talvez, um dos motivos seja o baixo lucro obtido com as pessoas que se encontram em fase terminal de vida. Há gestores de saúde que consideram os cuidados paliativos como prejuízo financeiro para os sistemas de prestação de cuidados à saúde e chegam a desestimular o investimento nessa área.

Motivos que levam ao pedido pela eutanásia

Podemos reunir os motivos em resumidamente três categorias: dor física, sofrimento insuportável e esgotamento do projeto pessoal de vida.

Quando a dor física se torna atrozante, toda percepção da pessoa se volta para as dores, todo o resto é esquecido, dificulta o tratamento físico o humor e a interação social.

O sofrimento insuportável é um sofrimento derivado do estado emocional que pode ser provocado pelas dores físicas ou existir sem elas. É preciso prestar atenção no fato de que nem todo sofrimento acaba quando as dores são retiradas, porque a pessoa está fragilizada pelo modo da morte, pela progressão da sua doença, pela constatação da sua finitude, pelo abandono ou sensação de solidão, pelas limitações físicas de seu corpo e diminuição da sua autonomia, problemas financeiros e muitas outras razões.

Quadro 5.13 – Ilustração de uma das páginas eletrônicas referentes ao tema “Eutanásia”

5.2 Avaliação do Material de Estudos Eletrônico Realizada pelos Alunos

Dos cento e quarenta alunos convidados a participarem da pesquisa, oitenta e oito (62,85%) responderam ao questionário. As primeiras cinco perguntas eram questões de múltipla escolha, no entanto, havia um espaço livre destinado a comentários, caso o aluno desejasse complementar ou explicar sua resposta assinalada em uma das alternativas.

A **questão 1** refere-se ao aspecto de abrir/fechar páginas utilizado para a apresentação dos conteúdos. Desejava-se saber se as páginas poderiam apresentar algum tipo de problema, como erros na formatação dos textos, figuras, ilustrações, cores, endereços para links, etc. Vinte e nove alunos responderam ser “muito bom” aspecto de abrir/fechar páginas, trinta e cinco alunos acharam “bom”, dezenove acharam “razoável”, quatro responderam ser “ruim” e um aluno achou “muito ruim”. No gráfico 5.1 está representada a percentagem das respostas dos alunos:

Gráfico 5.1 - Opinião sobre o aspecto de abrir/fechar páginas utilizado para a apresentação do conteúdo

Dos oitenta e oito alunos que responderam a questão 1, apenas oito fizeram algum comentário. Destes, salienta-se a demora para abrir uma nova página e

elogia-se a aparência da apresentação, como se pode perceber na transcrição de alguns desses comentários:

“Achei um pouco lento, apesar de ser bonito.”

“Gostei da forma de abrir e fechar, apenas é um arquivo demorado para abrir.”

“O aspecto de interatividade e aparência de revista é interessante.”

A **questão 2** refere-se ao funcionamento dos links disponibilizados ao final do texto de cada tema. Há links que direcionam para outros temas dentro do próprio material de estudos eletrônico e há links que direcionam para outros sites de interesse. Sobre este aspecto, trinta e seis alunos acharam o funcionamento “muito bom”, trinta e seis acharam “bom”, quatorze responderam ser “razoável” e dois alunos acharam “muito ruim”. A representação da percentagem das respostas encontra-se no gráfico 5.2.

Gráfico 5.2 - Opinião sobre o funcionamento dos links do material de estudos eletrônico

Do total de alunos, dez fizeram comentários sobre a questão. Destes, dois disseram ter tido dificuldades e os outros disseram não ter tido problemas:

“As respostas não eram corretamente enviadas ao seu destino.”

“Consegui abrir todos os links.”

“O site carregou rápido e os links estavam de fácil acesso.”

A **questão 3** indagou o aluno sobre a necessidade ou não do uso de manual de instruções – ou similar- para o manuseio do material de estudos eletrônico, no intuito de saber se o manuseio era de caráter intuitivo ou não. Sessenta e seis alunos responderam que o uso da material é intuitivo, eliminando a necessidade de manual de instruções, mas, vinte e dois alunos discordam desse aspecto. Nesta questão, havia apenas as alternativas “sim” e “não” como resposta e o gráfico 5.3 mostra a percentagem das respostas.

Gráfico 5.3 - Opinião sobre a dispensabilidade do uso de manual de instruções ou similar para o manuseio da material de estudos eletrônico

Houve dez comentários referentes à questão 3, no entanto, as respostas apenas reafirmaram a opinião descrita na alternativa, não apresentando informações novas sobre a questão do uso intuitivo ou não do material.

A **questão 4** perguntou a opinião dos alunos sobre a linguagem utilizada no material de estudos eletrônico. Cinquenta e seis alunos responderam que a linguagem é “muito boa”, vinte e seis alunos consideraram-na como “boa” e seis alunos acharam a linguagem “razoável”. A representação da percentagem das respostas encontra-se no gráfico 5.4.

Gráfico 5.4 - Opinião sobre a linguagem utilizada no material de estudos eletrônico

Foram realizados dezesseis comentários referentes à questão da linguagem. Dois alunos disseram ter tido dificuldades com alguns termos técnicos e alguns textos; os outros quatorze alunos disseram que a linguagem é de fácil compreensão, como se pode ver na transcrição dos comentários a seguir:

“Em alguns textos, a linguagem utilizada é muito técnica, difícil de entender.”

“A linguagem, ao se aproximar da forma coloquial, se ‘distanciou’ do texto acadêmico, no qual o aluno do primeiro semestre não está acostumado e se tornou mais próximo e atrativo para o aluno.”

“A linguagem e a exposição do material torna prazerosa a leitura.”

“Acredito que a linguagem utilizada foi de fácil compreensão e bem direcionada ao ensino.”

A **questão 5** buscou saber a opinião do aluno sobre o conteúdo do material de estudos eletrônico no seu conjunto. Quarenta e nove alunos consideraram o conteúdo “muito bom”, trinta e dois alunos acharam “bom” e sete alunos acharam “razoável”. A representação da percentagem desta questão encontra-se no gráfico 5.5.

Gráfico 5.5 - Opinião sobre o conteúdo do material de estudos eletrônico no seu conjunto

Nesta questão, foram realizados doze comentários, os quais mostraram satisfação com o conteúdo disponibilizado, como se pode perceber com a transcrição de alguns dos comentários:

“O material disponibilizado tem fontes de qualidade, dirigindo e focando bem o conteúdo ministrado nas aulas.”

“O material de estudos ajuda muito na compreensão de conceitos não entendidos em aula.”

“Achei o material muito completo e de fácil entendimento.”

“Além de a linguagem facilitar o entendimento e o conteúdo ser aplicado de forma direta e explicativa, a indicação de filmes no material estimula o aluno a buscar outras ferramentas, complementando assim o aprendizado da revista.”

A **questão 6** foi elaborada como uma pergunta aberta a fim de que o aluno pudesse discorrer – com suas próprias palavras – sobre a relevância do material de estudos eletrônico de Bioética no seu aprendizado. Dos oitenta e oito alunos, quatro não responderam a essa questão. A maioria dos alunos disse que o material proporciona um contato maior com matéria, permitindo complementar e aprofundar assuntos discutidos em sala de aula e até mesmo sanar possíveis dúvidas. Dezesete alunos disseram que o material eletrônico facilitou o estudo de Bioética e nove alunos declaram ter sido uma ótima ferramenta para estudar para as provas da

disciplina de Bioética. Três alunos disseram que o material os ajudou a entender melhor o que é “Bioética” e quatro alunos disseram que o material pode ajudar nas situações vividas, tanto dentro como fora do âmbito profissional.

“A matéria muito ajudou dando uma base de como devemos proceder futuramente em nossa vida profissional e em varias situações.”

“Eu usei a revista de Bioética como acessório para complementar o estudo dos livros do Prof. Dalton. A forma como a revista foi planejada torna dinâmica a pesquisa sobre o que o aluno tem dificuldades, pois nos livros acabaria demorando mais [...]. O material me ajudou bastante a consolidar conhecimento.”

“O material eletrônico é muito importante, pois é um auxílio a mais ao aluno e de maneira mais interativa.”

“O material é muito bom e me ajudou a entender o que é Bioética e a estudar para as provas.”

Não houve avaliação negativa do material de estudos; apenas 4 alunos não responderam a essa questão.

A **questão 7** – também uma pergunta aberta - refere-se a um espaço para que o aluno pudesse apontar elementos que podem ser melhorados no material de estudos eletrônico. Dos oitenta e oito alunos, oito não responderam a essa questão; trinta e um alunos disseram que não há pontos que precisam ser melhorados; os outros quarenta e nove alunos indicaram alguns elementos que poderiam ser melhorados, sendo os mais citados:

- Tamanho de fonte maior para o texto;
- Possibilidade de impressão do material;
- Melhora na velocidade de carregamento do material (abertura e fechamento das páginas);
- Possibilidades de interações entre professor e aluno (como em chat)

6 DISCUSSÃO

A discussão foi dividida em dois itens, que correspondem ao desenvolvimento do material de estudos eletrônico e aos resultados da avaliação desse material feita pelos alunos de graduação que cursaram a disciplina de Bioética em 2011.

6.1 O Material de Estudos Eletrônico

Como visto anteriormente, a representação do conhecimento como rede, as teorias, as idéias, os conceitos são os nós da rede e os fios que ligam um nó ao outro são as relações que estabelecemos entre os conceitos, as teorias, os significados. Não há uma organização linear, um encadeamento lógico nas ligações entre os nós; não há uma seriação definida entre os nós (do tipo o nó A deve vir primeiro que o nó B); não há apenas um centro de interesse, mas vários centros (Serres, data desconhecida; Lévy, 1993; Machado, 2005; Machado, 2009).

Dessa forma, o conteúdo do material de estudos eletrônico foi organizado em treze grandes nós, que são temas propostos para reflexão. Cada nó pode ser relacionado um com ou outro a qualquer momento e por meio de diversos caminhos, pois não há uma seriação pré-determinada a ser seguida. O aluno pode iniciar seu estudo por qualquer um dos temas apresentados. Ao final da leitura de cada tema, há uma orientação sobre os outros temas correlacionados, que podem ser acessados na ordem em que o aluno achar mais conveniente para o seu aprendizado.

Os temas apresentados foram elaborados de modo a não ser necessária uma leitura seqüencial, ou seja, a ordem em que são lidos é irrelevante. Ao final da leitura de cada tema, assinalamos outros temas que tenham alguma similaridade ou relação. Outros percursos de leituras podem ser feitos, sendo múltiplas as possibilidades de escolha. As associações entre as leituras é inteiramente pessoal.

O professor deve orientar os alunos para o que é relevante e selecionar o conteúdo de acordo com os objetivos do curso. Neste estudo, cada tema foi

escolhido tendo em vista: o que é considerado essencial para os objetivos da disciplina de Bioética ODS701 da FOU SP, a pesquisa realizada a respeito do oferecimento de conteúdos de bioética nas faculdades de odontologia no Brasil, o conhecimento adquirido no Estágio de Doutorado realizado no Instituto de Bioética da UCP, as ferramentas de ensino “Questions de bioéthique, fiches pégagogiques” - desenvolvida pelo Conselho Europeu - e “An Ethics Primer” – desenvolvida pelo Kennedy Institute of Ethics -, e as orientações sugeridas pela UNESCO.

Após selecionar um tema/conceito/conteúdo a ser trabalhado, é preciso definir o quão profunda ou superficial será a dedicação ao seu estudo. Aqui, entra o papel do docente de cartógrafo de relevâncias: analogicamente como um cartógrafo, o professor precisa definir uma escala para não ser superficial demais (deixando elementos importantes de fora) ou detalhista demais (não conseguindo atingir seu objetivo) (Machado, 2009). Cada tema selecionado foi trabalhado de forma a não ser demasiadamente sucinto e nem muito prolongado.

Quando desenhamos o mapa de uma superfície esférica em um plano, há regiões que são alteradas nessa projeção. Analogicamente, cabe ao professor definir o que será mantido e o que sofrerá deformações/alterações no conteúdo que selecionar para ensinar (Machado, 2009). Por isso, deu-se enfoque em alguns assuntos e outros não foram contemplados neste momento.

Como as informações sobre cada tema não se esgotam no texto elaborado para este estudo, ao final do texto de cada tema, há indicações de outras referências caso o aluno deseje aprofundar o conhecimento sobre aquele tema. As indicações de livros, sites, artigos, jornais, filmes, assim como sugerem as “cartilhas” ou “manuais” desenvolvidos pelo Conselho Europeu (COE, 2009), pelo Kennedy Institute of Ethics (Chowing; Fraser, 2007) e pela UNESCO (UNESCO, 2008), permitem que o aluno amplie o mapa de conhecimento, inicialmente delineado pelo professor, de acordo com sua necessidade pessoal. A seleção de alguns temas e a não inclusão de outros não engessa as associações de leituras dos alunos.

Buscou-se, em cada tema, apresentar uma contextualização do assunto - com informações sobre dados estatísticos, situação no Brasil e no mundo, legislação, pareceres, declarações, contexto social e histórico, etc - identificar as principais questões éticas envolvidas e os diferentes argumentos, os valores envolvidos e os possíveis conflitos entre eles, de acordo com as sugestões do

Conselho Europeu (COE, 2009), do Kennedy Institute of Ethics (Chowing; Fraser, 2007) e da UNESCO (UNESCO, 2008) para o ensino no âmbito ético.

Tendo mapeado “o território” a ser explorado pelo aluno, partiu-se para a orientação das possíveis relações de significados entre os diversos temas, teorias, conceitos, objetos, pessoas. O papel de mediar relações que o professor possui tem a função de fazer o aluno vivenciar outros tipos de relações que aquelas já presentes em sua realidade, em seu contexto, porque isso impulsiona o crescimento do aluno (Machado, 2009; Silva, 2009).

É nesse momento em que também se põe em prática o papel do professor de tecer significações. Trabalhar as relações e significados de algo com o mundo só é possível quando a visão de ensino-aprendizagem vai além do acúmulo de informações e do encadeamento engessado dos assuntos (Machado, 2009). Para proporcionar as ações de mediar relações e tecer significados, optou-se pela sugestão feita pelo Kennedy Institute of Ethics em sua cartilha “An Ethics Primer” (Chowing; Fraser, 2007): é mostrado ao aluno um julgamento crítico sobre o dilema ético em questão e um raciocínio sobre uma possível solução, relacionando-se os valores envolvidos com o respeito à dignidade da pessoa humana, bem como a responsabilidade pessoal e a avaliação das conseqüências das decisões tomadas.

Os textos foram elaborados de forma que o aluno fosse convidado a refletir sobre o dilema ético/bioético em questão. Mesmo tendo o respeito à pessoa humana como fundamento eleito pela disciplina de Bioética da FOU SP, a aceitação desse fundamento não é imposta pela disciplina. O aluno é instigado a refletir sobre a correspondência daquilo que é discutido com os critérios que possui, a comparar as propostas que fazemos com os próprios valores, com as próprias experiências/vivências, assim como é sugerido pela experiência elementar de Giussani (Giussani, 1988; Carrón, 2009; Ribeiro Neto, 2009).

Com relação à linguagem utilizada nos textos, foi preciso atentar para a interação entre professor-aluno para embasar a relação professor-aluno-conteúdo (Silva, 2009). A linguagem foi trabalhada de maneira a ficar o mais próximo possível de um diálogo com o aluno, usando-se uma linguagem simples, clara e em tom de conversação. Em algumas passagens é possível perceber o uso da primeira pessoa, há comentários pessoais e formulações de perguntas diretas aos alunos, assim como sugerem Moore e Kearsley (2007).

A introdução de tecnologias de comunicação no processo de ensino-aprendizagem não elimina a interação social. A interação com o professor pode ocorrer por meio da interação com o conteúdo do material didático, não sendo necessária a presença física para que ocorra tal interação (Kenski, 2009). Por isso, a narrativa foi escolhida como forma de aumentar a interação entre professor-aluno-conteúdo (Moore; Kearsley, 2007; Silva, 2009).

O papel do professor de contador de histórias, descrito por Machado (2009), também envolve o desenvolvimento de narrativas, as quais devem conter algum significado, algum ensinamento, alguma moral tácita. Quanto melhor a narrativa, quanto menos abrupta é a exposição da moral, mais interesse desperta no aluno e mais ela contribuirá para a rede de significações (Machado, 2009). Por meio da narrativa do professor, o aluno pode compreender como o professor constrói seus significados a partir de sua vivência em contextos semelhantes ou diferentes (Silva 2009).

Os filmes são bons exemplos do uso do recurso da narrativa como ferramenta para o ensino. A sensibilização ou o impacto que as imagens, os sons e a narrativa provocam na pessoa permitem a aproximação com uma realidade pouco conhecida. Filmes de ficção ou mesmo documentários possuem grande influência no campo dos valores, possuindo um grande potencial reflexivo (Moura, 2007). O filme conta uma história por meio de imagens e sons, os quais podem ter uma capacidade de sensibilização muito forte do aluno. O número de possibilidades de relações de significação é muito amplo por haver mensagens explícitas e mensagens tácitas trabalhadas durante a narração da história. Devido às leis de direitos autorais brasileiras, não foi possível disponibilizar filmes (ou trechos) de ficção como parte integrante do material produzido. No entanto, foram feitas algumas indicações de filmes ou documentários, com o título da obra e uma pequena descrição da história.

Em alguns temas foi possível disponibilizar uma pequena história (não baseada em histórias reais), na seção *Gente dentro de histórias*, com a finalidade de abstrair um pouco os conceitos teóricos trabalhados e mostrar aos alunos algumas relações desses conceitos com situações muito próximas da realidade de pessoas comuns. Essas narrativas são contadas de forma simples e todas têm uma mensagem moral para passar ou uma provocação de reflexão a fazer.

6.2 Informática e Odontologia: os resultados das avaliações feitas pelos alunos

As páginas dos textos do material de estudos eletrônico foram construídas a partir de ferramentas pertencentes ao programa computacional FlashPageFlip. Além de palavras, as páginas contêm cores, ilustrações e algumas opções de links, então, era necessário saber se algum aluno havia encontrado dificuldades técnicas no momento abrir cada página de todos os textos (como desconfigurações, por exemplo). Dessa forma, a primeira questão tratou de indagar sobre o aspecto de abrir/fechar páginas utilizado para a apresentação dos conteúdos. As respostas mostraram que a maioria dos alunos, em torno de 73%, caracterizou esse aspecto como “bom” (40%) ou “muito bom” (33%) e foram capazes de perceber a característica de interatividade pretendida (*“O aspecto de interatividade e aparência de revista é interessante.”*).

As opções “muito ruim”, “ruim” e “razoável” juntas somaram 27% das opiniões; no entanto, apenas oito alunos fizeram algum comentário para explicar o motivo de sua avaliação: seis elogiaram o aspecto de interatividade e dois alunos queixaram-se da demora para a abertura ou mudança de páginas.

Uma hipótese para tal inconveniente pode ser a velocidade do servidor utilizado para a conexão dos computadores desses alunos à internet. Há no mercado diversas empresas que vendem pacotes de acesso à internet com velocidades de conexão variadas; tal velocidade interfere no tempo necessário para a navegação na internet, para o recebimento de arquivos, aberturas de links e outros mais.

Lévy (2005) explica que a abordagem mais simples do hipertexto é a de um texto estruturado em rede, ou seja, em oposição a um texto linear. A estruturação em rede baseia-se em diversas ligações entre os diversos elementos que a constitui: os nós são os parágrafos, as imagens, a informação, sons, etc, e as ligações entre esses nós são as referências, notas, indicadores, botões (clicks) que efetuam a passagem de um nó para o outro.

Seguindo as idéias de Machado (2005, 2009), o material de estudos eletrônico foi elaborado de modo a não apresentar o conteúdo em uma única ordem de leitura e esta não linearidade permite ao aluno percorrer um caminho individual de estudo, pois há múltiplas possibilidades de escolha. Lévy (1993) diz que a

rapidez da passagem de um nó para o outro ao clicar sobre um botão na tela para chamar outro nó permite usarmos o princípio da não-linearidade em toda sua extensão.

O aluno pode seguir a ordem seqüencial de apresentação do conteúdo ou pode optar por clicar em links que fazem ligações entre dois textos correlacionados (ou não) ou entre um texto e um site sugerido. Sobre a funcionalidade do recurso “link”, a maioria dos alunos não apontou problemas nesse aspecto (*“Consegui abrir todos os links.”*; *“O site carregou rápido e os links estavam de fácil acesso.”*), sendo considerado “muito bom” por 41% dos alunos e “bom” para outros 41%. 16% acharam “razoável”, 2% acharam “ruim” e nenhum aluno qualificou a funcionalidade dos links como “muito ruim”. Dentre os dez alunos que escreveram algum comentário para complementar a resposta escolhida, apenas dois alunos apontaram algum problema como *“As respostas não eram corretamente enviadas ao seu destino.”* Não foi possível averiguar exatamente qual o tipo de problema encontrado por esses dois alunos; teriam sido necessário mais explicações por parte deles ou ter acompanhado o manuseio do material eletrônico juntamente com esses alunos. Durante toda a duração da disciplina de Bioética, nenhum aluno procurou qualquer membro da equipe de docentes para relatar problemas com os links.

Lévy (2005) diz que o hipertexto digital permite associar sons, imagens, textos, animações em uma mesma mídia, formando um conjunto de informações disposto em rede para navegação rápida e intuitiva. O planejamento do uso da ferramenta eletrônica sem o uso de manual de instruções ou similar possibilita maior rapidez e simplicidade de uso. A esse caráter “auto-explicativo” da ferramenta convencionou-se chamar de “uso intuitivo”. Os alunos foram indagados se o uso do material de estudos eletrônico foi de caráter intuitivo ou se achavam haver a necessidade de algum tipo de manual de instruções. 75% responderam que o uso desse material foi intuitivo e 25% disseram que acham necessário haver um manual de instruções sobre o uso. Apenas dez alunos escreveram algum comentário e, dentre estes, seis disseram que conseguiram usar o material de estudos eletrônico com facilidade, mas gostam de possuir um manual de instruções mesmo assim.

A questão 4 perguntou a opinião dos alunos sobre a linguagem utilizada no material de estudos eletrônico. 64% dos alunos responderam que a linguagem é “muito boa”, 29% consideraram-na como “boa” e 7% acharam a linguagem “razoável”. Dentre esses 7%, dois alunos comentaram que tiveram alguma

dificuldade com termos técnicos. Outros quatorze alunos fizeram elogios à linguagem utilizada (*“A linguagem, ao se aproximar da forma coloquial, se ‘distanciou’ do texto acadêmico, no qual o aluno do primeiro semestre não está acostumado e se tornou mais próximo e atrativo para o aluno.”*; *“A linguagem e a exposição do material torna prazerosa a leitura.”*), mostrando que o uso de narrativas foi um ótimo recurso para dialogar com o aluno na tentativa de mostra-lhe novas relações de significados.

Uma das ações do professor citada por Machado (2009) é a de mapear relevâncias, procurando adequar o conteúdo a ser trabalhado de modo a não ser detalhista demais e nem eliminar elementos fundamentais para o objetivo pretendido pelo professor. O planejamento de como os temas serão tratados é fundamental para tecer essa rede de significações. Dessa forma, buscou-se saber a opinião dos alunos sobre o conteúdo do material didático eletrônico no seu conjunto (textos, imagens, indicações de sites, de filmes, de outras referências, etc). 56% alunos consideraram o conteúdo “muito bom”, 36% alunos acharam “bom” e 8% alunos acharam “razoável”. Os alunos que acharam o conteúdo “razoável” não escreveram nenhum comentário sobre o que não gostaram ou o que precisaria ser melhorado. Doze alunos elogiaram a seleção do conteúdo com comentários como: *“Além de a linguagem facilitar o entendimento e o conteúdo ser aplicado de forma direta e explicativa, a indicação de filmes no material estimula o aluno a buscar outras ferramentas, complementando assim o aprendizado da revista.”* e *“O material disponibilizado tem fontes de qualidade, dirigindo e focando bem o conteúdo ministrado nas aulas.”*

Para tentar esboçar qual foi a percepção dos alunos com relação ao uso do material eletrônico para o apoio de estudos em Bioética, foi elaborada uma questão aberta para o livre discurso de opiniões dos alunos. Poucos alunos não responderam essa questão (4,5%). Todas as respostas obtidas apontaram para uma perspectiva positiva da proposta deste estudo: os alunos relataram ter utilizado o material para estudar para provas, acharam que o material eletrônico disponibilizado facilitou os estudos, permitindo sanar dúvidas e, principalmente, que o material complementou/aprofundou as temáticas discutidas em sala de aula, aumentando o contato com a disciplina, o que vai ao encontro dos estudos de Mattheos et al. (2008). Nos estudos de Neuhaus et al. (2008), 92% dos alunos entrevistados acharam muito positivas as possibilidades de ensino-aprendizagem trazidas pelo e-

learning e 86,9% dos estudantes manifestaram interesse pessoal em utilizar esse sistema de aprendizado.

Seria contraditório com tudo o que foi discutido até o momento pretender que a maioria dos alunos conseguisse, em poucas semanas, apreender todas as relações de significados que o conteúdo é capaz de instigar e, ainda por cima, ser capaz de verbalizar tão rapidamente um conhecimento - que pode estar iniciado tacitamente – em um questionário de pesquisa. Mas, quatro alunos expressaram ter percebido que o conteúdo desse material de estudos pode auxiliá-los nas situações já vividas ou nas futuras situações da vida profissional, o que pode ser considerado um indicador de que o método deste estudo está no caminho certo (*“A matéria muito ajudou dando uma base de como devemos proceder futuramente em nossa vida profissional e em varias situações.”*).

Apesar das diversas vantagens que as ferramentas eletrônicas podem nos trazer, sabe-se também que há pontos que precisam ser levados em consideração quando utilizamos essa tecnologia na área do ensino. Nos estudos de Strother et al. (2009) foi avaliada a satisfação dos alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual da Luisiana (EUA) a respeito da integração da biblioteca digital ao currículo da faculdade. O programa caracteriza-se, basicamente, por uma seleção de livros que são disponibilizados para download aos alunos licenciados. Como resultado, os autores constaram que, apesar dos alunos gostarem da facilidade de pesquisa de diversos tópicos, muitos estudantes não gostam de ler grandes passagens de texto na tela do computador e preferem imprimir os textos para leitura; além disso, os alunos não ficaram satisfeitos com os custos desse material.

O material de estudos de apoio eletrônico de estudos produzido neste trabalho não corresponde à digitalização de um livro, por todos os motivos e conceitos explicados no início desta discussão, e foi oferecido gratuitamente aos alunos. Provavelmente, essas características tenham colaborado para que o nosso estudo tenha apresentado uma satisfação inicial melhor do que a encontrada nos estudos de Strother et al. (2009).

A questão 7 ofereceu aos alunos um espaço aberto para sugerirem melhorias no material de estudos. 9% não responderam essa questão; outros 35% disseram não ter sugestões porque acham que o material já está satisfatório. 56% fizeram muitas sugestões, sendo as mais citadas o aumento do tamanho da fonte da

letra, o aumento da velocidade de download do material, a possibilidade de interações entre professor e aluno (como em chat e/ou fóruns) e a possibilidade de impressão dos textos.

O aumento do tamanho da fonte da letra pode ser considerado um aspecto técnico de fácil resolução por um profissional capacitado no desenvolvimento de tais programações. Com relação à velocidade de download, pode haver uma perspectiva imediata: o aluno pode acessar um serviço de fornecimento de internet com maior velocidade de conexão em sua residência ou a Universidade pode enfrentar o desafio de melhorar a capacidade do servidor utilizado.

Como solução paliativa, pode-se retrabalhar o material de estudos de forma que o arquivo fique mais leve, perdendo qualidade de apresentação. A tendência futura é a de que as conexões de internet fiquem cada vez mais velozes e os computadores mais potentes e suportando arquivos mais pesados.

Os resultados dos estudos de Handal, Groenlund e Gerzina (2010) indicaram que os alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade de Sydney possuem uma forte preferência por usar o estudo eletrônico como recurso auxiliar de sua aprendizagem (como o uso dos fóruns, por exemplo). A questão da interatividade direta com o professor ou com outros alunos também é um recurso pertinente no ensino e alguns ensaios já foram feitos no primeiro semestre de 2011 na disciplina de Bioética da FOU SP. Foi realizada uma atividade não-presencial utilizando a ferramenta *Fórum* de discussão da Plataforma Moodle, na qual os alunos responderam perguntas elaboradas pelos professores, compartilharam respostas e receberam retorno dos docentes quanto às soluções das questões.

Alguns alunos reportaram o desejo de poder imprimir os textos eletrônicos para estudar enquanto estão no ônibus. O desenvolvimento de novas tecnologias (como os *Tablets*), que garantem mobilidade, representa uma perspectiva futura muito promissora. Naturalmente, o acesso a esses recursos precisa ser viabilizado, considerando o alto custo atualmente para a aquisição desses recursos. A opinião sobre preferências de estudos utilizando textos impressos ou digitais pode ser variável, como mostram os estudos de Hillenburg et al. (2006), Strother et al. (2009) e McCann, Schneiderman e Hinton (2010).

A informática oferece-nos diversas tecnologias que podem ser usadas na educação. Moore e Kearsley (2007) dizem que a escolha de apenas um tipo de tecnologia isoladamente pode ser insatisfatória para atender a todas as

necessidades e características dos diferentes alunos. Quanto mais alternativas de tecnologias são usadas em conjunto no processo de ensino-aprendizagem, maior a possibilidade de eficácia do objetivo pretendido pelo professor.

Um dos maiores desafios para a adoção de tecnologias digitais para o ensino são os recursos financeiros, pois a aquisição de infra-estrutura, softwares, a tecnologia em si e funcionários aptos têm custos altos (Hillenburg et al., 2006). Talvez, essa seja uma das dificuldades encontradas para tantas produções de softwares educacionais no Brasil avançarem seus protótipos para uma fase mais ampliada e aumentar o número de artigos publicados (Juliani; Kurcgant, 2007).

Acredita-se que melhores resultados podem ser alcançados com a continuidade do desenvolvimento do material de estudos eletrônico.

A avaliação do material possibilita uma revisão e/ou reformulação do material disponível, com o objetivo de melhorar e aperfeiçoar tanto os aspectos técnicos quanto o conteúdo. No entanto, neste momento, as avaliações são precárias porque os alunos ainda não fizeram um uso pleno da ferramenta, o que só acontecerá durante as vivências desses alunos no percurso da graduação (e da vida). A avaliação feita neste momento visou detectar problemas imediatos com relação à parte técnica da ferramenta eletrônica e obter a opinião dos alunos com relação ao conteúdo disponibilizado, servindo-nos como uma primeira orientação sobre o resultado atingido.

Para realizar uma revisão e/ou reformulação do material de estudos de modo mais amplo e profundo, faz-se necessário melhorar a ferramenta de avaliação, ou seja, oferecer mais questões abertas e utilizar a análise qualitativa para alcançar um melhor conhecimento sobre o impacto desse material de estudos no aprendizado do aluno.

No questionário aplicado, as questões fechadas de múltipla escolha, apesar de possuírem um espaço para livres comentários, forneceram-nos respostas diretas, mas sua análise foi limitada. Por isso, acredita-se que entrevistas individuais realizadas com os alunos em uma pesquisa qualitativa poderão explorar melhor o que cada aluno tem a dizer ou expressar sobre o assunto.

Os alunos/usuários dessas ferramentas implantadas no primeiro semestre de 2011 na disciplina de Bioética, como também as turmas que se seguirão aos semestres consecutivos, poderão contribuir com mais avaliações sobre a eficácia

desses materiais para os fins propostos, em estudos futuros, prospectivos, que merecem ser desenvolvidos.

Mesmo com todas as vantagens que os recursos virtuais podem oferecer ao ensino da Bioética, tais recursos ainda não são capazes de substituir o principal elemento do ensino: as vivências. As vivências que ocorrem com os colegas, com os professores, com os pacientes, com toda a realidade só poderão ser transformadas em experiências - no sentido totalizante da palavra e não apenas no sentido restrito de experiência científica - quando lhes atribuirmos um significado baseado em juízos de valores (Giussani, 1988).

Esse processo de significação não é obvio e não é uma descoberta auto-evidente. É um processo construído a partir de descobertas que possuem as próprias experiências como base para a reflexão. Isso se dá porque é por meio de nossas experiências que conhecemos a realidade, é por meio de nossas ações que as vivências acontecem, que os fatores que nos constituem emergem (Giussani, 1988). Dessa forma, o material de estudos de apoio eletrônico desenvolvido tem o objetivo de somar ao conjunto de recursos didáticos utilizados na disciplina de Bioética, sem a pretensão de substituir as experiências presenciais.

7 CONCLUSÕES

Para ajudar o aluno a aprender algo utilizando ferramentas eletrônicas, é preciso mais do que digitalizar um texto. Para que o professor planeje o desenvolvimento de um material de estudos eletrônico, é preciso que ele tenha claro para si qual é a concepção de construção de conhecimento que possui, pois esta concepção guiará a elaboração do material didático pretendido.

No presente trabalho, pôde-se verificar que a concepção de construção de conhecimento como uma *rede* contribui significativamente para alcançarmos os objetivos de uma disciplina de Bioética.

Nos estudos futuros, a ferramenta de avaliação do material de estudos precisa ser melhorada/complementada para proporcionar avaliações de significado das opiniões dos alunos. Esta avaliação deverá ser contínua. Isto possibilitará que se implantem ajustes no material eletrônico de forma que o mesmo seja permanentemente aprimorado.

O material de estudos de apoio eletrônico produzido foi tido como satisfatório pelos alunos/usuários em relação:

- Ao auxílio nos estudos de temáticas Bioéticas;
- À ampliação dos espaços destinados ao ensino de Bioética;
- À possibilidade de disseminar informações para um grande número de pessoas ao mesmo tempo;
- À facilidade de acesso à informação, pois não dependeu de espaços e tempos determinados.

Por sua vez, foram indicadas necessidades de melhorias nos seguintes aspectos:

- Possibilidade de impressão do texto disponibilizado;
- Possibilidade de acesso ao texto sem a necessidade de estar conectado à internet (como a opção de salvamento de arquivo no computador pessoal).

Como perspectivas, poder-se-ia elencar:

- Promover o desenvolvimento de atitudes de aprendizado continuado.
- Melhorias quanto às práticas pedagógicas, como o investimento em estratégias que possam aumentar o contato entre a comunidade discente e a

comunidade docente da disciplina de Bioética, para além do espaço da disciplina, propiciadas por essas redes.

REFERÊNCIAS¹

Azevedo EES. Avanços da tecnociência e a pessoa humana. *Rev Bioethikos*. 2010;4(1):19-25.

Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(5):546-51.

Biscaia J. O casal e a fecundidade. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W, Renaud M, coordenadores. *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora; 2001. p. 98-113.

Brandão SRRC. O método formativo de Alfonso López Quintás: fundamentos filosóficos e experiência educativa [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 2005.

Brandão Z, organizador. *A crise dos paradigmas e a educação*. 2º ed. São Paulo: Cortez; 1995.

Brasil. Decreto de Lei n. 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [citado 20 jul. 2010]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=75524>.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988 [citado 20 jul. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm.

Brasil. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS196/1996 de 10 de outubro de 1996 [citado 20 jul 2010]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF); 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Atribuições Cep/CONEP [citado 25 maio. 2010]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/atribuicoes.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [citado 5 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

Carrón, J. Da fé, o método Exercícios da Fraternidade de Comunhão e Libertação – Rímíni. Tradução Ana Coimbra Gonçalves. Lisboa: RicSil-Artes Gráficas; 2009.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Carvalho AS. Clonagem e células estaminais: encruzilhada da técnica e da ética [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina; 2005.

Cerqueira EK. Os direitos da mulher e o aborto. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p.205-18.

Cerqueira EK. O número de mortes maternas justifica a liberação do aborto no Brasil? Rev Vida Família. 2011;20(83):25-30.

CFM – Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.931, de 17 de Setembro de 2009. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de abril de 2010 [citado 01 dez. 2010]. Disponível em:
http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822.

Chauí M. Convite à filosofia. 6a. ed. São Paulo: Ática; 1997.

Chowing JT, Fraser P. An Ethics Primer. Seattle (WA): Northwest Association of Biomedical Research; 2007 [cited 2010 Sep 20]. Available from:
<http://www.nwabr.org>.

CIOMS – Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas biomédicas envolvendo Seres Humanos. Trad. Maria Stela Gonçalves e Adail Ubirajara Sobral. São Paulo: Loyola; 2004.

Clotet J, Goldim JR, Franciscone CF. Consentimento informado e sua prática na assistência e pesquisa no Brasil. Porto Alegre: Edipucrs; 2000.

COE – The Council Europe. Bioethical Issues: Educational Fact Sheets. Strasbourg, 2009 [cited 2010 Sep 20]. Available from:
http://book.coe.int/EN/ficheouvrage.php?PAGEID=36&lang=EN&produit_aliasid=2282

Correa FJL. Enseñar Bioética: como transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica. 2008;14(1):11-8.

Cortina A. O fazer ético – guia para educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.

Cortina A, Martinez E. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.

Costa S. O desafio da ética em pesquisa e da bioética. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, organizadores. Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: Letras Livres; 2008. p. 25-52.

Descartes R. Discurso do método. Trad. Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural; 1999.

Di Sarno G, Chiattonne HB, Matsumoto DY, Rezende MSM, Carneiro RA. Cuidados Paliativos e dignidade: a experiência da casa de apoio – hospedaria de cuidados especiais do HSPM – São Paulo. Rev Adm Saúde. 2004;6(25):123-32.

Eaton KA, Reynolds PA, Cox MJ. Top of the pops: CD_ROM and DVDs in dental education. *Br Dent J*. 2008;204(4):203-7.

Farhi J, Fisch B. Risk of major congenital malformations associated with infertility and its treatment by extent of iatrogenic intervention. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2007;4(4):352-7.

Fornazieri CC. Identidade e criação: o encontro com a autoridade e a tradição como fatores construtivos do sujeito [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 2005.

Fortes PAC. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3):696-701.

Fortes PAC. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):1054-58.

Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003.

FOUSP - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Projeto Pedagógico [citado 10 jul. 2011a] Disponível em: <http://www.fo.usp.br/portal/graduacao/arquivos/projpedag.pdf>.

FOUSP - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Estágios Vivenciais [citado 10 jul. 2011b] Disponível em: <http://www.fo.usp.br/portal/graduacao/arquivos/folder.pdf>.

FOUSP - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Apresentação da Disciplina de Bioética [citado 12 set. 2011c] Disponível em: http://www.fo.usp.br/?page_id=4271.

Frade C. A dimensão tácito-explicita da aprendizagem matemática: relato de uma investigação. *Zetetiké-Cempem-FE/Unicamp*. 2005;13(23):43-62.

França GV. Direito de viver e direito de morrer: um enfoque ético-político sobre a eutanásia e o suicídio assistido. In: Urban CA. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 537-44.

Giussani L. O senso religioso. Trad. Paulo Afonso de Oliveira. São Paulo: Companhia Ilimitada; 1988.

Giussani L. Educar é um risco. Trad. Madalena Maymone Martins. Lisboa: Diel; 1998.

Goergen P. Pós-modernidade, ética e educação: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados; 2005.

Goergen P. Educação moral hoje: cenários, perspectivas e perplexidades. Educ Soc Campinas. 2007;28(n. esp 100):737-62.

Gomes AMA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e da bioética nos currículos de formação médica. Rev Bras Educ Med. 2006;30(2):56-65.

Goulart BNG, Chiari BM. Avaliação clínica fonoaudiológica, integralidade e humanização: perspectivas gerais e contribuições para reflexão. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(4):335-40.

Handal B, Groenlund C, Gerzina T. Dentistry student's perceptions of learning management systems. Eur J Dent Educ. 2010;14:50-4.

Hillenburg KL, Cederberg RA, Hurst CL, Johnson GK, Potter BJ. E-learning and the future of dental education: opinions of administrators and information technology. Eur J Dent Educ. 2006;10:169-77.

Hossne WS. A regulamentação de pesquisa com seres humanos. In: Fortes PAC, Zoboli ELPC. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003. p. 270-86.

Hossne WS, Albuquerque MC, Goldim JR. Nascimento e desenvolvimento da Bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE. Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias de Letras; 2007. p. 143-60.

Juliani CMCM, Kurcgant P. Software educacional sobre escala de pessoal de enfermagem: elaboração, desenvolvimento e aplicação via internet. Rev Lat Am Enfermagem 2007;15(4) [citado 20 maio. 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a18.pdf.

Junqueira CR. Consentimento nas relações assistenciais. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: Bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 99-113.

Junqueira SR; Junqueira CR. Bioética e saúde pública. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 97-115.

Kenski VM. Novos processos de interação e comunicação no ensino mediado pelas tecnologias. In: Pimenta SG, Almeida MI, organizadoras. Pedagogia universitária. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009. p. 237-49.

Leão Júnior PSM, Oliveira MMP. O direito brasileiro e o direito à vida. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 219-49.

Lévy P. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Trad. Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34; 1993.

Lévy P. O que é o virtual? Trad. Paulo Neves. São Paulo: Editora 24; 2005.

Lima ACT. Sobre o ensino da bioética: um desafio transdisciplinar. Encontro Luso-Brasileiro de Bioética; 3 jul-4 jul 2008; Porto, PT. [citado 25 abr 2010] Disponível em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Torres%20de%20Lima.pdf>.

Lucato MC. O conceito de “pessoa humana” no âmbito da Bioética brasileira [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2009.

Lucato MC, Ramos DLP. Bioética: histórico e modelos. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 17-37.

Machado NJ. Cidadania e educação. 4ª.ed. São Paulo: Escrituras; 2002.

Machado NJ. Epistemologia e didática: as concepções de conhecimento e inteligência e a prática docente. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

Machado NJ. Imagens do conhecimento e ação docente no ensino superior. In: Pimenta SG, Almeida MI, organizadoras. Pedagogia universitária. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2009. p. 165-209.

Malta J. A mulher e o aborto. In: Mendes V, Gomes FC, coordenadores. Aborto e a IVG: o sim e o não. Porto: Legis; 2007. p. 25-32.

Mattheos N, Stefanovic N, Apse P, et al. Potencial of information technology in dental education. Eur J Dent Educ 2008;12(1 Suppl):S85-S91.

McCann AL, Schneiderman ED, Hinton RJ. E-teaching and e-learning preferences of dental and dental hygiene students. J Dent Educ. 2010;74(1):65-78.

Melo LMC, Ramos DLP. Avaliação de riscos e benefícios nas pesquisas com seres humanos. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 61-9.

Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2009;(25Suppl):S193-S204.

Menin MSS. Valores na escola. Educ Pesq. 2002;28(1):91-100.

Moore M, Kearsley G. Educação à distância: uma visão integrada. Trad. Roberto Galman. São Paulo: Thomson Learning; 2007.

Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. Trad. Andréa Leal Affonso Mathiles et al. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 536p.

Moura DO. O cinema entre o silêncio dos sentidos e a polissemia discursiva. In: Guilhem D, Diniz D, Zicker F, editores. Pelas lentes do cinema: bioética e ética em pesquisa. Brasília: Letras Livres/ UNB; 2007. p. 87-96.

Nakamura R. Moodle: como criar um curso usando a plataforma de Ensino à Distância. São Paulo: Farol do Forte; 2008.

Neuhaus KW, Schegg R, Krastl G, et al. Integrated learning in dentistry; baseline data first evaluation at the Dental School Basel. *Eur J Dent Educ*. 2008;12:163-69.

Neves MCP. PMA: do desejo de um filho ao filho desejado. In: Brito JHS, coordenador. *Actas das Primeiras Jornadas de Bioética: Do início ao fim da vida*. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa; 2005. p. 35-42.

Neves MCP, Osswald O. *Bioética simples*. Lisboa: Verbo; 2007.

NIH – The National Institutes of Health Resources for Stem Cells Research. U.S. Department of Health and Human Services. Scientific progress and future research directions [cited 2010 Jun 20]. Available from: <http://stemcells.nih.gov/info/2001report/2001report.htm>.

Nogi FM, Melani RFH. Internet como ferramenta de apoio no ensino odontológico: avaliação da aptidão técnica dos estudantes de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *Saúde, Ética Justiça*. 2009;14(2):97-104.

Nuremberg Military Tribunals. The Nuremberg Code. Washington: D. C. Government Printing Office; 1947 [cited 2010 May 25]. Available from: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/nuremberg.html>.

Oliveira RN. Protocolo de pesquisa para apreciação ética. In: Ramos DLP, organizador. *Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 41-4.

Özdemir S. E-learning's effect on knowledge: can you download tacit knowledge? *Br J Edu Technol*. 2008;39(3):552-54.

Pessini L. *Morrer com dignidade*. Aparecida: Editora Santuário; 1990.

Puig JM. *Ética e valores: métodos para um ensino transversal*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1988.

Puplaksis NV. A contribuição da Bioética na formação humanística dos profissionais da saúde de Odontologia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2008.

Puplaksis NV, Silva MMP, Nobile R, Ramos DLP. A disciplina de Bioética na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. *Rev Latinoam Bioet*. 2010 Jul-Dic;10(2):68-75.

Ramos DLP. A Bioética e a obtenção do consentimento para intervenções odontopediátricas. In: Klatchoian DA. *Psicologia odontopediátrica*. São Paulo: Santos; 2002. p. 29-35.

Ramos DLP. Experimentação com seres humanos. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: Bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 35-40.

Ramos DLP, Junqueira CR. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 22-34.

Ramos DLP, Köhler ICC, Silva ECC. Eutanásia. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 275-86.

Ramos DLP, Silva MMP, Caldato MCF. A pessoa e a vida humana: um fundamento para a Bioética. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 39-55.

Ramos P, Struchiner M. Concepções de educação em pesquisas sobre materiais informatizados para o ensino de ciências e de saúde. Ciênc & Educ. 2009;15(3):865-79.

Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e Humanização como temas transversais na formação médica. Rev Bras Edu Médica. 2008;32(4):482-91.

Reinders H. The importance of tacit knowledge in practices of care. J Intellect Disabil Res. 2010;54(1 Supp1):S28-37.

Reynolds PA, Rice S, Uddin M. Online learning in dentistry: the changes in undergraduate perceptions and attitudes over a four year period. Br Dent J. 2007;203(7):419-23.

Ribeiro AB, Silva ECC. Reprodução assistida. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: Bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 188-93.

Ribeiro Neto FB. Conhecimento e bioética. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 73-85.

Rogers W, Ballantyne A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: Diniz D, Sugai A, Guilhem D, Squinca F, organizadores. Ética em pesquisa: temas globais. Brasília: Letras Livres; 2008. p. 123-51.

Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e formação profissional dos médicos. Rev Bras Edu Med. 2003;27(3):230-36.

Saiani C. O valor do conhecimento tácito: a epistemologia de Michael Polanyi na escola. São Paulo: Escrituras; 2004.

Sakaguti NM. História da bioética. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 1-21.

Sakaguti NM, Trindade OM. Consentimento livre e esclarecido em pesquisa. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 45-60.

Sakaguti NM, Junqueira CR, Ramos DLP. Experimentação com seres humanos: fundamentos e normas. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 297-309.

Schlemmer E. Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA): uma proposta para a sociedade em rede na cultura da aprendizagem. In: Valentini AB, Soares SEM, organizadores. Aprendizagem em ambientes virtuais: compartilhando idéias e construindo cenários. 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2010. p. 135-59.

Serrão D. Eutanásia não é a solução. In: Ramos DLP, organizador. Fundamentos de odontologia: Bioética e ética profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 175-87.

Serrão D. Livro Branco sobre “O uso de embriões em investigação científica”. Lisboa: Ministério da Ciência e do Ensino Superior; 2003.

Serres M. A comunicação. Porto: Rés; [data desconhecida].

Sgreccia E. Manual de bioética. Fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1996.

Sgreccia E. Manual de bioética. Fundamentos e ética biomédica. Cascais: Principia; 2009.

Silva ECC, Gomes IM, Ramos DLP. Princípios da Bioética Personalista. In: Ramos DLP, organizador. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão; 2009. p. 57-71.

Silva LA. Os novos papéis do professor universitário frente às tecnologias da informação e comunicação [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação; 2009.

Silva PF. Bioética e valores: um estudo sobre a formação de professores de Ciências e Biologia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.

Silva SMRD. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):525-534.

Strother EA, Brunet DP, Bates ML, Gallo JR. Dental student's attitudes towards digital textbooks. J Dent Educ. 2009;73(12):1361-65.

Takahashi K, Tanabe K, Ohnuki M, et al.. Induction of pluripotent stem cells from adult human fibroblasts by defined factors. Cell. 2007;131:861-72
doi:10.1016/j.cell.2007.11.019.

Tesar PJ, Chenoweth JG, Brook FA, et al. New cell lines from mouse epiblast share defining features with human embryonic stem cells. *Nature*. 2007;448(7150):196-9.

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaração Universal sobre Bioética e direitos Humanos. Portugal: UNESCO; 2006. [citado 25 mai. 2010]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Bioethics Core Curriculum. Paris: UNESCO; 2008.

WMA – World Medical Association. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Seul; 2008. [cited 2010 Sep. 20]. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Yunta ER, Herrera CV, Stepke FL. Enseñanza virtual de la Bioética: desafíos. *Acta Bioethica*. 2008;14(1):47-53.

Zhu JL, Basso O, Obel C, Bille C, Olsen J. Infertility, infertility treatment, and congenital malformations: Danish national birth cohort. *BMJ*. 2006 Sep; 30;333(7570):679 doi:10.1136/bmj.38919.495718.AE.

Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. *Mundo Saúde*. 2009 Apr-Jun;33(2):195-204.

APÊNDICE A – Questionário

Avaliação de Recurso Educacional - Curso de Bioética

Este questionário tem a finalidade de avaliar o recurso disponibilizado no curso de Bioética, com o intuito de melhoria contínua do curso. As perguntas que apresentam alternativas a, b, c e d podem ter suas respostas comentadas na seqüência. O preenchimento das respostas não é obrigatório, mas sua opinião irá colaborar para o melhoramento do material eletrônico de Bioética disponibilizado para você e para os outros alunos! Agradecemos desde já o seu envolvimento na melhoria contínua da Disciplina de Bioética!

1. De acordo com sua opinião, o aspecto de abrir/ fechar páginas, utilizado para a apresentação dos conteúdos do curso, é:

a) Muito bom b) Bom c) Razoável d) Ruim e) Muito ruim

Comentário:

2. De acordo com sua opinião, o funcionamento dos links do material de estudos eletrônico foi:

a) Muito bom b) Bom c) Razoável d) Ruim e) Muito ruim

Comentário:

3. De acordo com sua opinião, o material de estudos eletrônico apresentado é de uso intuitivo, isto é, elimina a necessidade de manual de instruções de uso ou similar?

a) Sim b) Não

Comentário:

4. A linguagem utilizada no conteúdo do material eletrônico disponibilizado, de acordo com sua opinião, é:

a) Muito boa b) Boa c) razoável d) Ruim e) Muito ruim

Comentário:

5. Considerando os objetivos do material de estudos eletrônico, que é auxiliá-lo no seu desempenho na disciplina de Bioética, você acha que o conteúdo no seu conjunto é:

a) Muito boa b) Boa c) razoável d) Ruim e) Muito ruim

Comentário:

6. Comente a relevância do material de estudos eletrônico utilizado no curso de Bioética no seu aprendizado

7. Na sua opinião, há pontos que necessitam ser melhorados no material eletrônico como um todo? Quais seriam?

Obrigado pela participação!

APÊNDICE B – Convite para participação na pesquisa entregue aos alunos

Convite para participação na pesquisa

**Versão eletrônica dos conceitos bioéticos da Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo**

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Departamento de Odontologia Social

Disciplina de Bioética

Pesquisadores responsáveis: Dalton Luiz de Paula Ramos; Nelita de Vecchio
Puplaksis

A pesquisa *Versão eletrônica dos conceitos bioéticos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo* está sendo desenvolvida com o intuito de melhorar o processo de ensino-aprendizagem em Bioética.

Os objetivos da pesquisa são selecionar e avaliar a qualidade dos conteúdos ministrados na disciplina de Bioética da FOU SP sob uma forma significativa para o aluno e elaborar a versão eletrônica para ser disponibilizada na plataforma Moodle, de modo que possa ser utilizada como material de apoio para colaborar com o processo de ensino-aprendizagem pelos alunos de graduação.

O material didático produzido está disponibilizado na plataforma Moodle. Para acessá-lo, é preciso fazer um cadastro no sistema dessa plataforma e, a partir daí, o acesso ao conteúdo da área correspondente à disciplina de Bioética será gratuito e permitido durante todos os anos do curso de graduação.

A utilização desse material não é obrigatória e não haverá qualquer tipo de avaliação de desempenho acadêmico referente ao seu uso.

Para avaliar o material didático produzido, será disponibilizado, na própria plataforma Moodle, um questionário sobre a sua opinião a respeito do conteúdo, abrangência, usabilidade, eficiência e relevância do material disponibilizado.

O questionário possui perguntas fechadas e perguntas abertas. As perguntas fechadas serão avaliadas quantitativamente por cálculo de estatística simples. As

perguntas abertas possuem a finalidade de receber sugestões para possíveis melhorias futuras.

Quanto à participação nesta pesquisa, é necessário saber que:

- a) a participação é voluntária;
- b) não haverá prejuízos ou vantagens em sua avaliação de desempenho acadêmico pela disciplina;
- c) será garantido o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas;
- d) não há necessidade de identificação;
- e) não há riscos ou desconfortos previstos;
- f) você pode procurar a pesquisadora, a qualquer momento, para esclarecer dúvidas.

Não é necessário assinar individualmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois o ato de acessar o questionário e a decisão por respondê-lo pode ser considerado como um consentimento consciente em participar da pesquisa.

Quando a pesquisa for concluída, os resultados serão disponibilizados na plataforma Moodle, na área da disciplina de Bioética.

Você terá acesso ao material didático durante todo o período de sua graduação.

Contato:

Nelita de Vecchio Puplaksis

nelitavp@yahoo.com.br

Tel: 3091-7891

Comitê de Ética FOUSP

Av. Lineu Prestes 2227

São Paulo

cepfo@usp.br

ANEXO A – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER DE APROVAÇÃO
Protocolo 31/11
CAAE 0038.0.017.000-11

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa **APROVOU** o protocolo de pesquisa **“Versão eletrônica dos conceitos bioéticos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo”**, de responsabilidade do(a) Pesquisador (a) Nelita de Vecchio Puplaksis, sob orientação do(a) Prof.(a) Dr.(a) Dalton Luiz de Paula Ramos.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em “cd”. Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 29 de junho de 2011.

Profa. Dra. Marcia Turolla Wanderley
Coordenadora do CEP-FOUSP