

# Ética para os futuros Médicos. É POSSÍVEL ENSINAR?



Nedy Cerqueira Neves



Nedy Cerqueira Neves

# Ética para os futuros médicos.

---

É possível ensinar?

---



Conselho Federal de Medicina

2006

**Conselho Federal de Medicina**  
**SGAS 915 Lote 72 - CEP 70390-150 - Brasília – DF**  
**Telefone (61) 3445-5900**  
**Fax (61) 3346-0231**  
**Homepage: [www.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)**  
**Email: [cfm@cfm.org.br](mailto:cfm@cfm.org.br)**

**Equipe Técnica:**

Simone Ribeiro (1539 DRT-BA)  
Patrícia Álvares (DF 03240 JP)

**Impressão, diagramação e revisão de texto:**

Estação Gráfica Ltda.

**©2006 - Conselho Federal de Medicina**

Tiragem de 2000 exemplares

Catálogo na fonte: Eliane Maria de Medeiros e Silva – CRB 1ª região/1678

Neves, Nedy Cerqueira.

Ética para os futuros médicos: é possível ensinar? / Nedy Cerqueira Neves. –  
Brasília : Conselho Federal de Medicina, 2006.

104 p. ; 21 x 15cm.

I. Título. 1. Ética médica. 2. Ética médica – ensino. 3. Bioética. 4. Códigos de  
ética médica. 5. Ensino médico.

CDD 174.2

*A todos os colegas médicos que além do comportamento ético na arte de  
curar, descobriram também o significado da arte de ensinar.*

# Apresentação

Historicamente a Ética Médica sempre foi ensinada aos alunos das escolas de Medicina e aos médicos jovens através do exemplo dos verdadeiros Mestres, na maneira com que se aproximavam dos pacientes, com que os abordavam e os examinavam, seja nas visitas às enfermarias ou nas consultas ambulatoriais.

Na verdade, o ensino da Ética Médica como disciplina formal curricular nas escolas médicas é muito recente, havendo necessidade de buscar-se a melhor metodologia pedagógica para a obtenção do melhor resultado ensino-aprendizagem.

O livro da professora Nedy Cerqueira Neves, oriundo de sua dissertação de Mestrado perante a UFBA, preenche claramente esta lacuna, apontando os caminhos para a formação de médicos não só com elevada competência técnica, mas também, com consciência crítica e reflexiva sobre sua responsabilidade social, além da necessária sensibilidade ao sofrimento humano, suas paixões e suas mazelas físicas, metafóricas ou não.

Como conselheira do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, a autora pode perceber a frustração do educador médico na constatação de inúmeras denúncias contra médicos, de todas as idades, tendo como pano de fundo a precária relação médico-paciente, a insensibilidade aos dramas humanos e a mercantilização da Medicina. Com exemplar disciplina e aplicação de metodologia científica adequada extraiu de sua pesquisa os elementos necessários para uma proposição de um ensino médico fundamentado e rico em cultura humanística, absolutamente essencial na formação de um novo médico para um novo mundo.

O Conselho Federal de Medicina congratula-se com a professora Nedy pelo trabalho em prol de uma Medicina melhor e mais humana.

**Edson de Oliveira Andrade**  
Presidente do Conselho Federal de Medicina



# Prefácio

A leitura do livro de Nedy Cerqueira Neves, “Ética Para os Futuros Médicos: É Possível Ensinar?”, permite-nos conhecer a história do ensino da disciplina Ética Médica (EM) nas escolas de medicina brasileiras e de vários países do Ocidente. Mais ainda: pelo fato de ter aplicado pesquisa a professores e estudantes da graduação do curso médico, buscando elementos e críticas, a autora pôde formular mudanças para o ensino da EM na formação dos médicos brasileiros, com o objetivo de, usando suas próprias palavras, “formar médicos não só competentes tecnicamente, mas também sensíveis e solidários”.

A publicação nos surpreende ao denunciar que, apesar de a EM ter 2.500 anos de história, só há 30 anos está incluída no currículo da graduação médica de maneira formal. Pior, revela que 14,6% das escolas médicas no Brasil ainda não tem docentes de EM. Este descaso parece não ser privilégio do Brasil, já que nos informa que a *World Medical Association* precisou recomendar, em resolução, a inclusão do ensino de EM no currículo das escolas médicas de todo mundo.

O livro também nos dá informações para que possamos pensar e melhor entender a crise de identidade pela qual passa a medicina científica ocidental e quais as saídas possíveis. Ressaltaria dois elementos, entre outros, que retratam esta crise: de um lado, o elevado número de denúncias de pacientes insatisfeitos junto às justiças ético-profissional e comum; o outro, a crescente procura das pessoas pelas ditas medicina ou terapias alternativas (TA).

A medicina que, no passado, era simples, ineficaz e razoavelmente inócua, com a revolução tecnológica se tornou complexa, eficaz, mas potencialmente perigosa. Publicação recente da *American Hospital Association* aponta o número de 98 mil para as mortes anuais nos EUA em consequência de erros cometidos na prática médica. Assinala que, naquele país, morrem mais pessoas a cada ano em resultados de erros cometidos nos atos médicos do que em acidentes rodoviários (43.458), câncer de pulmão (42.297) ou AIDS (16.516). Estes números assustadores revelam que as iatrogenias e os erros profissionais do médico poderão se tornar o maior problema de saúde no século XXI. Este cenário trágico poderá ser revertido se formarmos médicos além de tecnicamente competentes, que sejam portadores de sólido embasamento ético-humanístico, capazes, portanto, de estabelecer uma relação médico-paciente generosa, solidária, empática e prudente.

O desencanto expresso pela sociedade com a medicina oficial tem no consumo crescente das TA um indicador incontestável. Pesquisas revelam que dois em cada três franceses já utilizaram algum tipo de TA. Nos EUA, pesquisa da Universidade de Stanford indica que 69% dos norte-americanos usaram algum tipo de terapia alternativa no ano de 1997, dependendo US\$ 21,2 bilhões em 629 milhões de consultas. No Brasil, também se verifica o crescimento destas práticas.

É sabido que a maioria dos pacientes que freqüenta os ambulatórios/consultórios é constituída pelos denominados pacientes funcionais ou psicossomatizados e pelos portadores de afecções crônicas. Esta clientela majoritária, pela complexidade e subjetividade dos seus sofrimentos, somente pode ser aliviada adequadamente por médicos equipados com elevada cultura humanística. Para a *construção* desta competência humanística essencial é necessário a inclusão na grade curricular de matérias como história da medicina, fundamentos de antropologia, filosofia, psicologia, tudo isso permeado pelo cimento da ética médica e da bioética.

Tenho convivido com Nedy Neves nos últimos sete anos, ambos conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Nestes anos, pude testemunhar a sua impressionante dedicação, capacidade de trabalho e sabedoria no trato dos dilemas éticos. Acompanhei sua crescente paixão pelo estudo e ensino da EM nas duas escolas de medicina mais tradicionais da Bahia. Este livro, resumo de sua tese de Mestrado, brilhantemente apresentada à Universidade Federal da Bahia, é produto natural desta dedicação existencial. Cumpriu com excelência seu objetivo principal, que foi o de avaliar o ensino da EM no Brasil e propor sugestões visando legitimar sua inserção na grade curricular da graduação em Medicina nas escolas brasileiras.

Ao findar a leitura deste trabalho, pairaram sobre a minha mente dois sentimentos. De um lado, profunda gratidão a Nedy Neves pelo seu enorme esforço pessoal, conseguindo preencher importante espaço para reflexão intelectual e avanço concreto da luta por uma medicina sempre dedicada ao ser humano. De outro, a alegria de ver o sistema conselhal brasileiro, liderado pelo Conselho Federal de Medicina, produzindo e promovendo a EM na formação dos nossos médicos, na busca eterna de melhor servir a sociedade no alívio e na cura dos sofrimentos e elevação da qualidade de vida.

**Jecé Freitas Brandão**

Presidente do Conselho Regional de  
Medicina do Estado da Bahia



# Sumário

Introdução .....	09
Capítulo 1 – Ética Médica .....	11
Capítulo 2 – Bioética .....	27
Capítulo 3 – Códigos de Ética .....	37
Capítulo 4 – Ensino médico no Brasil: origens .....	53
Capítulo 5 – O Ensino de Ética Médica .....	71
Resultados .....	95
Estratégias emergentes .....	103



# Introdução

A proximidade com o ensino da Disciplina de Ética Médica, em duas Escolas Médicas geograficamente localizadas na região metropolitana de Salvador – Bahia – Brasil, suscitaram questionamentos a respeito do desempenho da transmissão destes ensinamentos. Surgiu então, o desafio de aprofundar os conhecimentos deste ensino, através de um levantamento de suas características desde a sua criação e da análise das alterações introduzidas no currículo e na abordagem metodológica deste trabalho.

Pesquisas e leituras adicionais levaram a constatação que muitos conceitos precisavam ser revistos, porque a disciplina se origina e se embasa em questões filosóficas, não rotineiras ao currículo da graduação em Medicina. Além disso, o ensino de Ética Médica encontrou resistência nas faculdades, sendo subjugado a pequenas cargas horárias e não recebendo a necessária importância, tanto do corpo docente quanto do discente. Como matéria, a Ética Médica se propõe a desenvolver valores no aluno, orientando para os aspectos éticos e humanísticos da profissão, propiciando a formação de preceitos morais, além de possibilitar o conhecimento de filosofia, sociologia e direito.

O Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), recebe mensalmente entre 30 e 40 denúncias contra médicos, demonstrando que a sociedade clama por mudanças. A justificativa da escolha do tema é conseqüente a reflexão sobre humanização da Medicina, que segundo Pereira (1985:185): *“O humanismo que é capaz de fazer do médico não um técnico especializado na máquina humana, mas um ser que compreende a integração perfeita entre a matéria e o espírito”*. Desse modo, o interesse passou a ser como ocorreu o processo de criação, construção e evolução da Disciplina de Ética Médica nas Escolas Médicas.

Atualmente a Medicina tem um cunho técnico-científico muito grande, gerador de uma gama de exames e procedimentos dando um novo direcionamento à Medicina científica ocidental contemporânea. Este modelo não deve evoluir para o distanciamento da relação médico-paciente, mas para auxiliar o diagnóstico e a terapêutica. Desta forma o percurso da disciplina contextualiza este significado norteado pelo aprendizado do *“saber-ser”*, saber se conduzir frente aos inúmeros problemas interpostos pela atividade profissional. Este aprendizado é tão importante quanto o *“saber-fazer”* e o *“saber-saber”*, que estaria relacionado ao conhecimento técnico-profissional.

A disciplina, portanto, possibilita a reflexão, tirando o aluno da alienação e levando a tomada de consciência para os aspectos sociais e das transformações societárias. Vale a pena incentivar o desenvolvimento do pensamento crítico sobre o papel do médico na comunidade, assim como sua atitude frente a determinados dilemas éticos e morais.

Desta maneira, se conduziu o estudo que deu origem a Dissertação de Mestrado da Faculdade de Educação, da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação do prof. dr. Robinson Tenório e com o título: Avaliação do Ensino de Ética Médica nas Escolas

Médicas de Salvador-Bahia: elementos contributivos para a humanização da medicina; recomendada para publicação na forma de livro. A pesquisa bibliográfica foi realizada através de textos e de artigos publicados no LILACS e MEDLINE, entre 1994 e 2004 referentes ao tema. A pesquisa de campo foi realizada através de um levantamento utilizando um questionário administrado aos discentes e a avaliação qualitativa foi através de questionários semi-estruturados dirigidos aos docentes da Disciplina de Ética Médica nas Escolas Médicas pesquisadas. Foi também realizada uma pesquisa documental nas bibliotecas e nas atas da Congregação das Faculdades pesquisadas. O levantamento priorizou a amostra estratificada e a seleção da mesma teve como base os estudantes de Medicina que já tinham cursado a Disciplina de Ética Médica.

O Capítulo I, Ética Médica, mostra os embasamentos conceituais e diferenciais entre ética, moral, deontologia, diceologia e Ética Médica. No Capítulo II, Bioética, está descrita sua evolução, assim como sua contextualização e sua gênese recente. No Capítulo III, Códigos de Ética, está exposta a construção dos códigos de conduta e dentro do contexto histórico cultural. No Capítulo IV, O Ensino médico no Brasil, está relatada a trajetória deste ensino desde a criação das primeiras EM brasileiras. No Capítulo V, O ensino de Ética Médica, está descrito a importância do mesmo através de sua inserção, assim como seu conteúdo e competências. Nos Resultados estão a apresentação e a análise dos dados coletados na avaliação qualitativa e quantitativa a partir dos instrumentos utilizados, com o seu relativo tratamento através de relatório. Nas estratégias emergentes há a discussão e avaliação dos resultados depois de agrupados por pontos de convergência e divergência.

Espera-se que este estudo atenda aos objetivos propostos, através dos seus construtos descortinados nos capítulos que se seguem e possibilite que outros se desenvolvam a partir dos questionamentos que possam suscitar. Consideramos que o tema é instigante, envolvente e extremamente pertinente, em tempos cuja metanarrativa é o sistema capitalista, distante dos interesses do sujeito (des)encantado com as conquistas da tecno-ciência.

# Capítulo 1

## ÉTICA MÉDICA

Antes de conceituar Ética Médica, é necessário construir algumas referências sobre ética, moral, deontologia e diceologia, para posteriormente conceituar Ética Médica. A dificuldade para encontrar tais elementos, ocorre a partir da percepção que estes pressupostos estão de certa forma imbricados e formatá-los é um trabalho extremamente complexo.

### É possível conceituar Ética?

Conceituar ética não é tarefa fácil, com suas múltiplas categorias e de acordo com a espacialidade, temporalidade e historicidade. Não há pretensão de fazer um aprofundamento na área filosófica, mas sim sistematizar os saberes viabilizando o entendimento dos conceitos, elencando as possibilidades de estudar os pressupostos fundamentais para a compreensão do tema. Pretende-se fazer a tessitura das relações conceituais que são interpostas no exercício profissional médico através de sua conduta, analisando sua transdisciplinaridade, sustentabilidade e contextualidade sobre o assunto.

Quando a ética começou e como se originou? A ética propriamente dita, *i.e.*, como estudo sistemático sobre os conceitos relativos ao bem e ao mal, supõe-se que nasceu quando o ser humano começou a refletir como seria a melhor maneira de viver e conviver. Este estágio reflexivo, provavelmente, iniciou-se após o desenvolvimento de algum tipo de moralidade nas sociedades humanas, na forma de padrões de comportamento de conduta certa e errada.

### Origem etmológica

A palavra ética, do latim *éthicus* e do grego *éthikós*, etimologicamente é o ramo de conhecimento que estuda a conduta humana, estabelecendo os conceitos do bem e do mal, numa determinada sociedade em uma determinada época (CUNHA *et al.*, 1986:336). De acordo com McFaden (1961:164) a palavra ética deriva do grego *ethos*, que significa costume ou prática, maneira característica de agir nos atos deliberados do ser humano.

De acordo com o Dicionário de Filosofia (BLACKBURN, 1997:129) ética (do gr., *ethos*: caráter) é o estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade, a escolha. É também o estudo de segunda ordem das características objetivas, subjetivas, relativas ou céticas que as afirmações feitas nesses termos possam apresentar. Pode também ser definida como os estudos dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja de determinada sociedade numa determinada época, seja de modo absoluto.

*Ética é hábito, arte, de fazer o bem, que torna bom aquilo que é feito e quem o fez* (PLATÃO, 428 a. C., *apud* ROSAS, 2004:1).

Constata-se nesta citação que Platão só percebia ética relacionada com o bem, não integrava os dois conceitos antagônicos num pensamento único compondo a natureza humana.

Já Aristóteles<sup>1</sup> (384-350 a. C.) defende o conhecimento do mundo plural. Sua ética se interpõe como um ramo da história natural dos seres humanos, revelando uma análise sutil das complexidades da motivação humana (BLACKBURN, 1997:256).

No Dicionário do Pensamento Social no Século XX, Outhwaite; Bottomore (1996:278) descrevem ética como a avaliação normativa das ações e do caráter de indivíduos e de grupos sociais. Consubstanciam a ética utilitarista e a ética baseada em direitos. O utilitarismo<sup>2</sup> clássico tem dois componentes: o consequencialismo<sup>3</sup> – a justeza de uma ação deve ser julgada por suas conseqüências; e o hedonismo<sup>4</sup> – a única coisa boa seria a felicidade, concebida como prazer e ausência de dor. Já a ética baseada em direitos prioriza os princípios da justiça, diferentemente do utilitarismo que trata como derivativos. Há um conflito entre as perspectivas éticas utilitária e baseadas em direito, dominando o debate teórico e extrapolando para as políticas de ação.

Estes autores relacionam o juízo de valores com o bem e o mal, o certo e o errado com as escolhas individuais. Esta idéia traz a compreensão que previamente ocorre à formação dos primeiros e a partir deste fundante o sujeito da ação decide baseado em seu sistema de valores.

Segundo Lopes (1980:46) ética, de modo técnico, é a ciência que estuda a moralidade dos atos humanos, exercidos à luz da razão e de modo específico: é uma ciência, um sistema de conhecimentos, estabelecidos claramente e baseados em princípios comprovados; é uma ciência natural, pois se norteia pela razão natural do ser humano; é uma ciência prática e normativa.

### **Categorias da Ética**

Zajdsznajder (1993:16-17) classifica como os espaços da ética as seguintes categorias: da atividade humana propriamente dita; da reflexão ética; das normas ou códigos; dos conceitos éticos; das teorias éticas. Da atividade humana propriamente dita, trata-se do ato em si, ou seja, é relativa a escolha. A escolha entre o bem e o mal. Este é o espaço de base, é o plano onde se colocam a divisão interior e o sentimento. O segundo item trata da reflexão ética. Este espaço é um subconjunto do anterior. É o espaço em que examinamos as questões que estão em jogo, justificando nossas atitudes. O espaço das normas ou códigos é o do discurso e das instituições sociais em que se afirmam os deveres e as expectativas. São normas que permitem o distanciamento daquelas de natureza mais universal. A quarta categoria trata dos conceitos éticos que se constituem o universo dos três espaços assinalados anteriormente. São conceitos de natureza teórica e ao mesmo tempo prática.

As teorias éticas são elaborações filosóficas que se encaminham na elucidação da natureza da situação ética, na elucidação conceitual e nos questionamentos. A terceira

<sup>1</sup> **Aristóteles** (384-322 a.C.) – Filósofo grego, considerado figura central no pensamento ético e metafísico (COLLINSON, 2004:42-49).

<sup>2</sup> **Utilitarismo** – teoria ética proposta por Bentham et al. Que responde as questões em termos de maximização da utilidade ou da felicidade (BLACKBURN, 1997:396).

<sup>3</sup> **Consequencialismo** – a idéia de que o valor de uma ação provem inteiramente do valor de suas conseqüências (BLACKBURN, 1997:73).

<sup>4</sup> **Hedonismo** – busca do prazer próprio como um fim em si. Em ética é a perspectiva de que essa busca é a própria finalidade de toda ação (BLACKBURN, 1997:178).

categoria é a que mais se aproxima do tema relacionado à Disciplina de Ética Médica, porque trata da normatização de condutas.

A ética retrata o acordo entre a consciência e os preceitos consagrados. Seria uma avaliação acerca dos costumes, podendo aceitá-los ou reprová-los, de acordo com os valores da cultura que a sociedade estabeleceu como padrão de comportamento. Dessa forma a ética traz em seu bojo a idéia que seu aprendizado se faz juntamente com o processo de aculturação, com os valores que determinam a conduta humana (CUNHA, 1994:7). Na definição deste autor a decisão estaria relacionada a um processo racional, fazendo com que as atitudes humanas se definam de acordo com a formação individual.

Rosas (2000:1) afirma que: “*Ética é o estudo do comportamento humano visando a sua valorização*”, ou seja, atribui-se significados e valores aos atos, com a finalidade de se avaliar o que é bom e o que é mau. O ser humano nasce sem juízo e os adquire durante a vida, com os ensinamentos da família, nas experiências vividas na comunidade e na postura na sociedade que está inserido. Este conceito abarca os aprendizados que o indivíduo traz a partir das experiências vividas.

De acordo com Gomes (1996:54):

*Ética se constitui no princípio e fim da própria vida, no sentido que se torna o próprio sentido da existência, a razão essencial de ser e haver, o motivo pelo qual a existência se relaciona com o todo, pelo qual se transforma e por sua vez transforma o próprio meio agente e sujeito dessa mudança.*

O pensamento descrito acima, traz a rede relacional dos conceitos com a própria vida, portanto, não existiria vida sem ética. De acordo com o autor, a ética é inerente ao indivíduo pensante.

O conceito de ética remete a algo mais vasto, implica em uma análise crítica dos costumes que podem ser aceitos ou questionados pelo sujeito da ação. Estes valores formam o Axiograma de cada pessoa, que seria a autodeclaração de valores e antivalores, de acordo com a teoria dos valores, Axiologia. (Fernandes, 1998: 137). Para falar de ética deve-se ter consciência de que qualquer tentativa de construção de uma ciência de valores terá a espinhosa tarefa de romper com a política (BIGNOTTO, 1992:36). Assim, ética implica em juízo de valores e vem de dentro para fora do indivíduo, está imbricada com o seu próprio eu e depende das opções dadas ao sujeito, portanto, precisa de liberdade. Pelo exposto, entende-se que diante de uma determinada situação, o ser humano age de uma determinada maneira, de acordo com seus valores e com as alternativas que tem no momento, fazendo portanto, suas escolhas. Além de necessitar de liberdade, o exercício da ética implica em responsabilidade. A ética, deste modo, convida o indivíduo a tomar parte na elaboração das regras de sua conduta. Os comandos éticos engajam sempre a liberdade do sujeito, afirmando sua autonomia, condição, *si ne qua non*, para o diálogo da ética.

Desta forma, a ética é individual e crítica, implica em liberdade de escolha e responsabilidade. Neste sentido, a ética será sempre fruto de um debate societário, entre sujeitos conscientes e livres para definirem valores, condutas e regras concernentes ao seu futuro e ao futuro da sociedade em que vivem (Gomes, 1996:54). Desta maneira, de

acordo com o autor é impossível o exercício da ética na ausência do estado de direito democrático, quando há cerceamento de pensamento e da palavra e, por conseguinte, impossibilidade de escolhas.

A ética é alvo em movimento, cuja posição espaço-temporal é determinada por variáveis sóciopolíticas a cada sociedade, não sendo possível, assim, associar a “*ética absoluta*” à arte médica. Muitas intervenções médicas estiveram fora do universo ético em algum momento histórico. Questiona-se como é possível proteger o indivíduo e ao mesmo tempo rejeitar preconceitos e não sucumbir ao medo (SANTOS, 2004:16-17). A edificação de preconceitos é realizada de forma inconsciente e antecede a formação universitária, deste modo, refletir sobre o tema é uma boa prática para a eliminação de conjunções rígidas.

A identificação dos valores permite classificá-los, assim como atribuir diferentes pesos a cada um, buscando os que facilitam as inter-relações humanas e valorizando os que trazem mais benefícios aos cidadãos.

Segre (2000:1) diz que:

*Ética é o estudo do comportamento humano visando à sua valoração. Valorar, significa atribuir valores, estabelecer o que é bom e o que é mau. A Ética avaliando os comportamentos, distingue-se da Etiologia, que simplesmente os analisa. A busca do Bem e do Mal é preocupação do homem, desde que existe. Essa busca é pragmática, visando a permitir o convívio dos indivíduos dentro de uma família, de um clã, de uma sociedade.*

Este pensamento descreve a preocupação humana em reconhecer o bem e o mal, assim como defini-lo para melhor convivência societária. Esta necessidade de respeito mútuo permite melhor inter-relação entre os indivíduos.

A ética seria, conseqüentemente, fundamental na crença e a crença é o resultado do que vai sendo inculcado na personalidade do ser humano. As regras éticas, códigos deontológicos, são resultado de algum consenso em relação aos dilemas mais comuns para um determinado grupo de pessoas. Assim como as religiões, passadas de geração em geração, com seus valores “*intocáveis*”, nada mais trazem em seu bojo do que códigos de regras, supostamente destinados à preservação da comunidade, mas acabam se tornando instrumentos de estagnação ou retrocesso (SEGRE, 1991:10). Nesta linha de pensamento, a ética difere da religião no sentido da possibilidade de escolha através de discernimento e de pensamento crítico. Esta idéia traz a dimensão de mutação, de transformação da ética com a possibilidade de se adequar, sem obrigatoriamente cristalizar-se.

A postura ética individual precede todas e quaisquer normatização (COHEN, 1999:14). A ética pode ser viva, mutável e livre acompanhando a evolução do mundo científico e das diversas culturas societárias. Entretanto, é necessário estar atento aos códigos de conduta que podem estar atrelados a uma resistência à evolução do pensamento humano, impondo-lhe normas e impedindo o processo evolutivo.

### **Ideologização**

Não existe aspecto da filosofia que seja isento de divergências e contradições de todas as magnitudes e profundidades. Segundo Sá Jr (2002:69) é exatamente esta situação que se



encontra a ética, mesclada de incertezas e inquietações. É uma matéria fortemente ideologizada e através dos tempos tem sido campo de confronto das mais diversas tendências políticas e sociais. Este autor conceitua filosofia como ciência ideal, que tem como objeto a visão de mundo de alguém que determina suas atitudes intelectuais, afetivas, psicomotoras e sociais diante das demais coisas e acontecimentos e condicionando sua conduta. Percebe-se a dificuldade do autor quando tenta significar os elementos no campo da conceituação do tema, pela pluralidade de opiniões e pensamentos.

Cada ser humano pode através de suas experiências e em plena consciência estabelecer juízos éticos. Assim, os valores preestabelecidos seja por religiões, divindades, profetas, ministros ou legisladores podem ser questionados em qualquer ocasião, por qualquer cidadão livre, trazendo a questão da autonomia para o debate.

*[...] como não se pode permitir que cada um seja a sua ética, respeitando as suas próprias hierarquias de valores, há que se ter uma Lei, ajustada à moral vigente (SEGRE, 2002:4).*

De acordo com a citação, apesar da liberdade de escolha individual, há necessidade de normas para regular o comportamento grupal. Este conceito remete à idéia de uma ética coletiva, com maior peso que a individual.

Segundo Matos (2000:13) ética não é uma identidade que dita regras ou as justifica, contudo, se faz da linguagem que são os sinais entre si, sintaxe, semântica. Como tal, é formal e segue uma coerência, que seria a seqüência dos fatos. Lógica dialética, portanto, vitalizando a antítese a cada passo. Ética é um estado exclusivo do ser humano e é o estado que provoca, sustenta e discute esse diálogo. A ética desce do altar da ciência e reduz-se à dialética profissional na inferência da dedução e do debate. O comportamento faz o ato, a ética faz que o ser humano, por conexão, o catalogue ou não. Ética seria uma reflexão teórica que analisa, critica ou legitima os fundamentos e princípios que regem um determinado sistema moral, ou seja, ética seria a teoria sobre a prática moral.

Correa (2000:10) define que ética é a mais alta construção da razão humana. A lógica da ética se diferencia da moral a partir da descoberta que o bem não é determinado por um ser superior ou pela natureza, mas é construído a partir da cultura e reconstruído através do tempo. Todas as formas concretas do bem são parte de um jogo de múltiplas determinações, econômicas, políticas, sociais, religiosas, que a subjetividade – em particular o desejo – e as objetividades se entrelaçam. O ser humano contemporâneo sabe que o bem é uma invenção dele mesmo, pela qual deve responder e cuidar. Desta maneira, nota-se que o significado das coisas para o sujeito e para o grupo, lembrando o que ressoa a partir deste conjunto, sujeito-grupo, para a sociedade.

### **Ética e liberdade**

Sartre<sup>5</sup> (1905-1980) escreveu: *“O homem está condenado a ser livre”*, logo, condenado a assumir a responsabilidade de suas escolhas. No entender do autor não há limite

<sup>5</sup> Jean Paul Sartre, (1905-80) Filósofo, romancista expoente do existencialismo ateísta e posteriormente desenvolveu seu próprio estilo de sociologia marxista (COLLINSON, 2004:271-280).

para esta liberdade, exceto o de que “*não somos livres para deixarmos de sermos livres*”, porque não há qualquer plano divino que resolva o que deve acontecer, não existe determinismo. O ser humano é livre. Nada o força a fazer o que faz. “*Nós estamos sozinhos, sem desculpas.*” O homem não pode desculpar sua ação dizendo-se forçado por circunstâncias ou movido pela paixão (SARTRE, *apud* COLLINSON, 2004:278). Todo este pensamento de Sartre demonstra a responsabilidade do sujeito na determinação de seus atos, como ator e não como expectador resignado e passivo.

Sartre defendeu a capacidade de cada indivíduo escolher suas atitudes, objetivos, valores e formas de vida. Definiu como ilusão a crença de que os valores existem objetivamente no mundo, em vez de serem criados apenas pela escolha humana. Recomendou que as escolhas individuais sejam feitas com plena consciência de sua autenticidade e nada nem ninguém as determina. Desta maneira, de acordo com as premissas de Sartre, o homem que elege dedicar a vida ao extermínio dos judeus, faz esta escolha com plena consciência, sendo assim, responsável por seus atos e conseqüências.

O único valor fundamental e universal para o existencialismo é a liberdade. Dizia Sartre: “*Não pode haver uma justificativa objetiva para qualquer outro valor.*” A única recomendação positiva que Sartre pode fazer é que deveríamos evitar a má fé e procurar fazer escolhas autênticas (SARTRE, *apud* COLLINSON, 2004:277). Toda esta reflexão remete à responsabilidade que cada indivíduo tem perante o mundo e a sociedade, não cabendo se eximir diante delas.

De acordo com estas definições, a liberdade é um dos conceitos fundamentais da ética, pois sem a mesma não seria possível seu exercício. Esta proposição implica em repensar o conceito de liberdade. Às vezes parece que ser livre, é ser livre e nada mais, para nada. Como dizia Gide (1859-1951) “[...] *escolher é perder a liberdade*” (GIDE, *apud* CORREA, 2000:11). Quando se fala em liberdade é preciso compreendê-la com o poder fundamental que cada ser humano tem de ser o sujeito de suas ações e experiências (CORREA, 2000:11). Isto lembra o conceito de autonomia como um dos princípios da Bioética.

Outhwaite e Bottomore (1996:424) questionam se a liberdade deve ser uma noção abstrata e vazia ou se devem existir condições para o seu exercício possibilitando que o indivíduo alcance o grau máximo de auto-realização e autocomando. Liberdade no sentido mais universal depende de um complexo de relações sociais. Os seres humanos não nascem livres, nascem dentro de uma rede relacional preexistente na conjuntura social, numa casta ou classe, de um gênero, de uma comunidade religiosa e os limites de sua liberdade são condicionados por essas circunstâncias. De acordo com esta argumentação a liberdade absoluta inexistente, ela é regulada pelas relações grupais como descrito acima e coíbe os excessos que possam acometer terceiros, limitando a liberdade destes últimos.

Kierkegaard<sup>6</sup> (1813-1855) refere-se à liberdade com o termo “*ursprung*”, que seria uma auto-invenção, como um salto original, um batismo de escolha, significando que sem liberdade não há humanidade. A liberdade é pois destino, enigma, trama, drama. Sem ela não é possível se falar de autonomia da pessoa, muito menos em dignidade humana. Sem liberdade não é possível construir sujeitos autônomos, senhores de sua própria vida (KIERKEGAARD, *apud* BLACHBURN, 1997:216). Este autor somente cogita a

<sup>6</sup> Kierkegaard, (1813-1885). Filósofo e teólogo dinamarquês, considerado o primeiro existencialista. Rejeitou o sistema hegeliano como tentativa de colocar o homem no lugar de Deus (BLACKBURN, 1997:216).

vida com liberdade, isto é, seria uma condição elementar. Depreende-se dos estudos anteriores que sem liberdade não há ética, deste modo, para haver uma vida digna, é necessária a coexistência das duas.

### Ética universal

Segundo Singer (1998:20) a ética se fundamenta num ponto de vista universal, o que não significa que um juízo ético particular deva ser universalmente aplicável. A ética exige a extrapolação entre o “eu” e o “você” para chegar à lei universal, ao juízo universalizável, do ponto de vista do espectador imparcial, ao observador ideal. Este autor faz uma abordagem sobre ética que passa ao largo da religião, se contrapondo a alguns teístas que acreditam que ética não pode prescindir da religião (Singer, 1998:11). Há necessidade de desvincular a teologia da filosofia para a isenção do trabalho.

Morin (2000:17) postulou que ética não pode ser ensinada por meio de lições de moral, deve ser formada nas mentes com base na consciência de que o humano é, ao mesmo tempo, indivíduo, parte da sociedade e parte da espécie. Defende que a ética está relacionada ao indivíduo, à sociedade e à espécie e necessita do controle mútuo da sociedade pelo indivíduo e do indivíduo pela sociedade, convocando todos à cidadania terrestre. Nesse entendimento o autor se refere ao cuidado com a parte pelo todo, assim como o compromisso do coletivo com o individual. A preocupação com o planeta trazida aqui, é hoje vista como questão, *si ne qua nom*, para a sobrevivência humana.

Outro ponto relevante neste estudo diz respeito ao sistema econômico vigente, que tem como fundante o sistema capitalista, hegemônico e totalitário. A ética contemporânea aprendeu a preocupar-se com o julgamento do sistema econômico como um todo. O bem e o mal não existem apenas nas consciências individuais, mas também nas próprias estruturas institucionalizadas de um sistema (VALLS, 1994:73). Há de se ter também uma preocupação ética nas instituições. E por que não no poder econômico?

De acordo com Vásquez (2000:216) o caráter do indivíduo está sob influência do meio social em que vive e age, suas atitudes e conseqüentemente suas virtudes como a sinceridade, a justiça, a amizade, a modéstia, a solidariedade, a camaradagem, etc. exigem condições sociais favoráveis para florescerem nos indivíduos.

### Valores

Outra questão valiosa para ser discutida é o elo entre ética e valores, trazido por alguns autores. A origem etimológica da palavra valor provém do latim “*valere*”, ou seja, que tem valor, custo (CUNHA, 1986:810). O conceito de valor está freqüentemente vinculado à noção de preferência ou de seleção. Rokeach (1973:198) define valor como uma crença duradoura ou em um modelo específico de conduta ou estado de existência que é pessoalmente ou socialmente adotado, o que está embasado em uma conduta preexistente. Os valores podem expressar os anseios da vida, tornando-se muitas vezes as bases para lutas e compromissos. A cultura, a sociedade e a personalidade antecedem aos valores e as atitudes, sendo conseqüentemente, os geradores do comportamento. Por conseguinte, segundo este autor, a constituição dos valores é fundamental como elemento para contextualização da ética no sentido mais amplo. Ou seja, a ética se formata a partir da inculcação dos valores nos sujeitos e na sociedade em que estes estão inseridos e a partir deste conjunto cada um propõe suas ações.

Pela dificuldade em conceituar a palavra valor, Hessen (*apud* ARAÚJO, 1993:88-89) a desdobra e a analisa em pelo menos sete teses sendo: uma corrente psicológica; uma corrente neokantiana; uma corrente neofichteana; uma corrente fenomenológica; uma corrente derivada da escola de Remke e finalmente uma corrente neoescolástica. Deste modo: [...] “valor é algo que é objeto de uma experiência, de uma vivência”. Para o autor quando se utiliza à palavra valor, pode-se querer balizar entre três coisas distintas: [...] “a vivencia de um valor; a qualidade de valor de uma coisa, ou a própria idéia de valor em si mesma”. Não se pretende aprofundar na discussão sobre valores, o tema apenas foi trazido para a compreensão na gênese da ética.

Segundo Cohen & Segre (1999:15) a eticidade está na apreensão dos conflitos da vida e na condição procedente a esses conflitos. Logo, a ética se fundamenta em três princípios básicos: “consciência”, que seria, a percepção dos conflitos; “autonomia”, que permitiria a escolha, prescindindo de liberdade e “coerência”, relacionada à lógica ou a razão da escolha. Inicialmente parece ter havido omissão da emoção que perpassa pelas escolhas, no entanto, num segundo olhar nota-se que razão e emoção se imbricam, ao tempo que se contrapõem.

### Matizes da Ética

A palavra ética vulgarizou-se, tornando-se amplamente utilizada em nosso meio como sinônimo de correto, certo. Entre os médicos o termo ficou atrelado historicamente ao Código de Ética Médica (CEM), criando uma linguagem própria, universal, cômoda e de interpretação falsa, como um vício ou dogma. Ele próprio indevidamente denominado, inicia com a expressão: “contém as normas éticas” (MATOS, 2000:13). A inadequação do termo deve-se ao fato dele se contrapor ao conceito da palavra ética, poderia ser traduzido como: contém as normas do bem e do mal. No entanto, pretende dizer: contém as normas de conduta ou de comportamento. Considera-se pertinente a crítica feita pelo autor no qual a denominação Código de Ética Médica (CEM) é no mínimo equivocada. Poder-se-ia sugerir que do CEM emanam as normas de conduta destinadas aos médicos brasileiros durante seu exercício profissional.

Abarcar todos estes conceitos de ética trazidos pelos diversos autores e aqui avaliados implica em tecer uma teia para configurar a sua fundamentação teórica. O mosaico de contribuições aqui construídos tentam interpretar os diversos elementos e categorias. A pluralidade de pensamentos e pressupostos impossibilita a formação de um conceito único de ética absoluta. O processo de compreensão é dificultado pelos questionamentos, dúvidas e incertezas que permitem repensar em novas perspectivas e paradigmas.

A civilização humana pode ser compreendida a partir da tessitura de cada vida e da trama das relações humanas em tempos diversos, que se constrói e se reconstrói de forma cíclica, ressoando sua história. Conseqüentemente, a historicidade humana seria edificada a partir do construído de seus atores dentro de um espaço relacional, num determinado lugar e numa determinada época. Os sujeitos desta construção a fazem com o exercício de sua própria liberdade nas relações entre si, fazendo suas escolhas. Esta seria a dimensão ética, mais que natureza, seria o ser humano sujeito inventor de seu próprio sentido.

Há dificuldade em conceituar ética dentro de um sentido único com tantos diferentes pensamentos sobre o tema. Entretanto, é possível discernir que ela não é sempre a

mesma, sofre mutações de acordo com a temporalidade e espacialidade, tornando-se por isto, dinâmica e viva.

É importante fundamentar também os pensamentos em torno do conceito de moral. Muitas vezes ética e moral estão tão juntos e imbricados, que os pensadores têm dificuldade de conceituá-los separadamente e a sociedade de um modo geral os une e os confunde.

### **Moral**

Moral, do latim *Moralis*, que significa, ou relativo a costumes, conjunto de regras de conduta. Segundo o dicionário etimológico, moral é o “conjunto de regras de conduta consideradas como válidas, quer de modo absoluto para qualquer tempo e lugar, quer para grupo ou pessoa determinada” (CUNHA, et al., 1986:46). Conduta por sua vez seria o comportamento, procedimento, norma de uma pessoa, ou grupo ou comunidade (FERNANDES, 1998:226). Nesta conceituação há pouca ou nenhuma diferença em relação ao conceito de ética.

No Dicionário de Filosofia, Blackburn (1997:256) sugere que embora a moral das pessoas e sua ética acabem por ser a mesma coisa, há um uso do termo que restringe a moral dos sistemas kantinianos,<sup>7</sup> baseados em noções de dever, obrigação e conduta. O imperativo categórico de Kant (1724-1804) estabeleceu como pressuposto de sua “moral” a condição de livre escolha, fundamentando essa escolha na razão, propõe que todo indivíduo deve agir “somente, segundo uma máxima tal, que possa querer ao mesmo tempo que se torne lei universal”. Ficando reservada a ética para a perspectiva mais aristotélica do raciocínio prático, baseado na noção de virtude, a moral seria cristalizada na sociedade (BLACKBURN, 1997:256; COLLINSON, 2004:160).

Desta maneira, moral fica entendido como alguma coisa que se impõe de fora para dentro, baseada nos costumes, de um determinado grupo ou sociedade, logo, variam com o tempo e o lugar. Diz respeito a algo que se deve ou não se deve fazer em vista de determinações emanadas de instâncias exteriores ao sujeito da ação, conduzindo quase sempre à formação de sentimentos de culpabilidade (CORREA, 2000). Desta forma, moral está mais ligada aos costumes do lugar e do tempo em que os sujeitos estão inseridos. Os comportamentos cobrados pelo grupo, são regras que na maioria das vezes, não estão dispostos em códigos ou leis.

Para Barton & Barton (1984:30) o estudo da filosofia moral consiste no questionamento do que é certo ou errado, o que é uma virtude ou uma maldade nas condutas humanas. A moralidade seria um sistema de valores, do qual resultam normas que são consideradas corretas por um determinado grupo social.

A lei moral ou suas normas e códigos têm por finalidade ordenar um conjunto de direitos e deveres do indivíduo em uma determinada sociedade. Para que estas normas sejam exeqüíveis é necessária à presença de um comando, seja Deus, Juiz ou Governo, que as imponha e em caso de desobediência, esta autoridade terá o direito de castigar o infrator. A postura moral de uma determinada comunidade não difere muito da religiosa. Na religião, entretanto, a postura tem origem divina.

<sup>7</sup> Immanuel Kant, (1724-1804). Filósofo alemão, fundador da filosofia crítica (COLLINSON, 2004:153-163).

## Normas básicas de moral

Gert (1970:12), propõe cinco normas básicas de moral: não matar; não causar dor; não inabilitar; não privar da liberdade ou de oportunidades; não privar do prazer. Assim como na maioria dos códigos de moral, as proibições vêm precedidas pelo “*não*”, explicitando que todos possuem esses desejos e que eles devem ser reprimidos e em caso contrário, haverá castigo. Esta idéia traz o conceito, muito difundido na categoria médica, de não prejudicar, não causar dano a outrem, seria um dos princípios da Bioética, a Não-maleficência.

Ferrell *et al.* (2002:33) conceituaram as filosofias morais como idéias que podem justificar ou explicar as ações humanas. Através destes conceitos teria diretrizes para se decidir frente a conflitos morais. Não há uma filosofia moral aceita por todos, em uma determinada instituição ou sociedade, até porque, não se trata de uma ciência exata. Toda ação humana é única e inexata, portanto, repleta de múltiplas configurações.

Desta maneira, fica claro que não há codificação neste conjunto de normas e condutas demarcadas pela moral, o que não impede que sejam posteriormente legisla-das. O grupo social obedece às normas emanadas por ele mesmo como um código não codificado, contudo, obedecido à medida que o não acatamento leva a exclusão. Neste sentido, o sujeito perde o direito de escolha, podendo até violentar seus valores. Porque são cláusulas pragmáticas e paradigmáticas norteadoras do comportamento humano, configurando-se de aceitação obrigatória.

## Deontologia e Diceologia

De acordo com o dicionário etimológico, deontologia é o estudo dos princípios, fundamentos e sistemas de moral. Do inglês, “*deontology*”, termo criado por volta de 1826 pelo filósofo Jeremy Bentham<sup>8</sup> (1748 – 1832), que publicou o livro “*Deontology*”, em 1834, com base no grego “*déon*” – “*ontos*”, que traduz por dever, obrigação (CUNHA *et al.*, 1986:247).

Corrêa (2000:8) afirma que o termo deontologia designa a ciência moral que ensina a conhecer os deveres. Esta reflexão moral seria elaborada a partir do prisma do “*princípio do interesse*”, centrando a atenção do sujeito no que lhe é útil. Benthan foi considerado o pai do utilitarismo, seria o utilitarismo pragmático.

A origem semântica de deontologia é grega e a raiz *déon* define conceitos como necessidade, conveniência e dever. Assim, o saber referente ao que é devido, ao que é necessário, ao que é oportuno. A filosofia demonstra o parentesco da palavra “*deon*” com “*deoç*” que significa medo, respeito, reverência. São idéias fortes na história da deontologia pela sua preocupação em ditar comportamentos. Estes, por sua vez, seriam um conjunto de direitos e deveres, que exercidos e observados, resultariam numa maior reverência social aos seus protagonistas, aumentando seu prestígio.

A deontologia passou a indicar, no âmbito de cada profissão, o conjunto de comportamentos úteis e oportunos que devem ser praticados por todos os seus membros (CORREA, 2000:8). Sendo assim, a deontologia no decorrer da sua história afastou-se do seu ideal de converter-se em “*ciência da moralidade*”, para a partir da observação da prática cotidiana de suas atividades específicas, passar a codificar normas para o melhor

<sup>8</sup> **Jeremy Bentham** - Filósofo inglês do direito, da linguagem e da ética. Foi o fundador do utilitarismo e tornou famosa a fórmula que o objetivo correto da ação consiste em produzir a maior felicidade para o maior número de pessoas. (BLACHBURN, 1997:40)

desempenho profissional. Assim, cuidava de observar e preservar comportamentos que respeitassem deveres e mantivesse direitos específicos da profissão, aumentando o brilho da imagem de uma determinada categoria. Desse modo, a deontologia caminhou para um estreitamento de sua perspectiva moral, tornando-a corporativa e pragmática. Seria a prática do comportamento profissional, emanada por códigos de conduta de cada profissão.

### **Deontologia médica**

A deontologia médica evolui de maneira semelhante. Todavia, ocorreu um grande desenvolvimento, uma verdadeira revolução nas chamadas ciências da vida, uma explosão científica, terapêutica e biológica que conduziu a uma mudança da perspectiva da deontologia médica, alargando os horizontes e retornando aos grandes temas da ética aplicados às ciências biológicas.

De acordo com Correa (2000:8) a deontologia médica traz uma perspectiva limitada sobre as ações do médico, seria necessário ultrapassá-la para adequá-la aos saberes atuais frutos de uma constante e veloz mudança do mundo contemporâneo, plural, conflitado e globalizado. Assim, não se trata apenas de conhecer os deveres e os direitos dos médicos, mas sim transcender estas discussões à luz das necessidades impostas pelo avanço do conhecimento científico. O autor acredita que os grandes desafios da chamada revolução biológica ultrapassam o olhar deontológico, sendo necessária uma reflexão mais ampla sobre os problemas resultantes da evolução tecno-científica ocorrida nesta área.

No Brasil, existem instrumentos deontológicos reguladores da conduta médica, no exercício da profissão e que apontam para valores éticos essenciais, para normas gerais que devem guiar o comportamento e estabelecer regras de conduta que fixam as proscricções e prescrições morais que devam ser atendidas por todos. O dever de um é o direito do outro e vice-versa. Porque não há nem pode haver direito sem dever, nem dever sem direito (CORREA, 2000:8). De acordo com este pensamento os direitos e deveres são complementares e inseparáveis, além disso a deontologia e diceologia seguem como categorias axiológicas dialéticas.

A ética deontológica seria aquela oriunda do compromisso imposto ao indivíduo, aos grupos e ao sistema social pela autoridade, este tipo de determinação já aparece nos códigos da antiguidade, como o Código de Hamurabi.<sup>9</sup> Existe quem subestime a expressão ética derivada da ética deontológica, por julgá-la desinteressante ao tratar de normas fixadas, regras de conduta impostas. Isto poderia corresponder à verdade caso estas regras deontológicas fossem pétreas, imutáveis e jamais substituídas.

De acordo com Camargo (1996:49) a deontologia não atende a um dos objetivos primordiais da educação, que seria o desenvolvimento de comportamento moral nos alunos dos cursos médicos. Ela trata da questão das obrigações morais e do dever que deve ser conhecido por todo cidadão, entretanto, não dispõe de recursos formativos do caráter, que é função da escola, principalmente, de uma EM que recebe, em sua maioria, adolescentes e os abriga em tempo integral durante os últimos anos de sua adolescência, devolvendo-os adultos, para a sociedade. Deste modo, observa-se a importância do compromisso social dos professores das EM com a formação técnica, moral e ética dos futuros médicos. Cabe o questionamento: que médicos queremos formar para a sociedade.

<sup>9</sup> **Código de Hamurabi** (2.000 a.C.) – código mais conhecido da Antiguidade, exposto no Museu do Louvre.

Todos os conceitos referidos neste conjunto são relevantes para a formação de uma teia fundante e integradora do sistema de condutas profissionais, auxiliando na visão analítica do problema proposto.

### **Ética Médica**

Importante referendar a interface de todos os conceitos abordados anteriormente integrando as definições de ética, moral, deontologia e diceologia para compor a unidade de Ética Médica, com uma identidade própria e com o engajamento de todos os elementos anteriormente tratados. A combinação destes componentes, dentro de uma atividade profissional cujo eixo central é o ser humano e cujo objetivo é diminuir seu sofrimento, fazem o bojo dos temas que devem ser relacionados e definidos.

Naturalmente os pressupostos da Ética Médica são direcionados aos médicos no seu exercício profissional, ou seja, durante o ato médico. Moura Fé (2000:1) imagina que a Medicina nasceu com o homem. Cita que: *“Quando o primeiro ser humano se queixou de dor, a mão de alguém se estendeu para trazer alívio. Ali ocorria o primeiro ato médico”*. Assim sendo, acredita que o nascimento da Medicina tem uma ligação muito íntima com o sofrimento humano e a tentativa de minimizá-lo. A força propulsora que gerou a atividade médica foi o desejo de curar as doenças. Todavia, nem sempre isto é possível, e o mesmo autor orienta que a conduta médica deve: *“curar quando possível, mas aliviar sempre”*. Neste sentido, o foco da Medicina sai da cura e passa a ser o cuidado, buscando aliviar o sofrimento.

Segre (2000:1) define Ética Médica como o conjunto dos estudos dos direitos e deveres dos médicos. De acordo com Dutra (1992:15-6) Ética Médica é uma modalidade da moral prática e tem como função determinar as normas necessárias, ao profissional de saúde, dentro dos limites da retidão e da proibição. Parece-nos que o autor une todos os conceitos anteriormente dispostos para orientar a prática profissional.

Segundo Lopes (1980:46) Ética Médica é uma forma especial de ética, que se preocupa com os problemas morais da profissão médica. Para aprimorar o exercício profissional da Medicina, a Ética Médica é traduzida em formato de Código de Ética Médica (CEM), composta através de diversos capítulos contendo artigos que devem ser adotados pelos profissionais.

A Ética Médica se coloca entre os valores de conhecimento mais aprofundados e oferecidos a grupos selecionados da sociedade urbano-industrializada moderna (MEIRA, 1990:12). A partir do momento que o médico age sobre o organismo de terceiros, surge a necessidade da regulamentação desta atividade, seja estabelecendo posturas ou colocando limites na sua atuação e assegurando seus direitos. Quais são os limites da intervenção sobre o ser humano? Este questionamento nos leva a pensar que realmente é necessária e fundamental a existência de um código que normatize as condutas profissionais e limite suas ações, garantindo a dignidade e a integridade do ser humano.

### **O cuidar**

Cuidar do ser humano é a missão maior da profissão médica, neste sentido, Gomes (1996:53) defende que a Ética Médica vem a ser o tecido conjuntivo da Medicina, ou o plasma germinativo da conduta que oferece o sentido benemerente da ação e preenche os vazios do conhecimento, além de resguardar o bem maior da vida, acima da própria



vontade humana. A Medicina, então, ganha o contorno do cuidado com o semelhante, ampliando suas possibilidades éticas de zelo com a própria espécie. Este autor traz à discussão o cuidado, o zelo, valor que tem a maior relevância no trato do médico com o paciente. Esta dedicação pode trazer grandes benefícios para a saúde, diminuindo o sofrimento humano.

Em algumas culturas o médico adquire um poder divino e por isto, estava a salvo de punições. A cultura grega deu destaque especial a deontologia, tirando o médico dos braços dos deuses e cobrando responsabilidades profissionais. Cita-se como exemplo, Hipócrates,<sup>10</sup> conhecido como o pai da Medicina e nascido em 485 a.C., que escreveu largamente sobre a matéria. É de sua lavra o juramento que ainda hoje é proposto aos egressos, na formatura.

De acordo com Sá Jr. (2002:71) a Ética Médica pode ser apresentada de forma reduzida a deontologia, ou mais restritamente a deontologia codificada, ou a mera ética mercantil, como instrumento moral da dimensão econômico-financeira da relação profissional, que poderia chamar-se de "*business ethics*". Esta dimensão seria mais aplicada à área da saúde, enquanto sua contraposição doutrinária seria a Bioética ocupando um espaço mais amplo, imaginando a Bioética como filosofia autônoma, continente de todas as manifestações das cogitações éticas, profissionais ou não, que se passam nas ciências da vida. Entre o espaço ontológico limitado por estes dois extremos, podem se situar numerosas opiniões intermediárias.

Faz-se necessário um momento de reflexão sobre questões verdadeiramente éticas suscitadas pela vida e as que são os reais alicerces dos códigos morais e de conduta da área médica. Diferenciar conduta moral "*pessoal*" de conduta moral "*profissional*" é inviável e disto têm conhecimento os profissionais que trabalham com os conceitos de pessoa, responsabilidade, respeito, verdade, consciência, autonomia, justiça entre outros, presentes no cotidiano da prática médica e que deverão ser interiorizados, como valores, para que possam balizar o comportamento médico. Não apenas o paciente deve ser visto como pessoa na totalidade de seu ser, liberto de processos alienantes, mas também o médico e o estudante de Medicina (CAMARGO, 1996:50).

### **Fundamentos éticos da Medicina hipocrática**

Sá Jr. (2002:71) tece algumas considerações sobre a Medicina hipocrática e o próprio Juramento de Hipócrates. A Medicina hipocrática inaugura o pensamento ético contemporâneo, respeitando a autonomia do paciente e prevenindo danos. Esta abordagem permite delinear a construção da Ética Médica a partir da evolução histórica como embasamento do aperfeiçoamento técnico-científico.

Deste o Juramento de Hipócrates já ficava evidente o tríplice compromisso dos médicos: com os doentes, com os colegas e com a sociedade, dentro desta ordem hierárquica. O médico hipocrático contentava-se como prêmio de uma vida digna e eficaz, com a boa fama, com o reconhecimento dos seus colegas e com o legado que deixaria a seus descendentes de um nome honrado e digno de ser homenageado. Atualmente, o médico se compromete com a humanidade e com o paciente. Só depois com a sociedade ou com o Estado.

<sup>10</sup> **Hipócrates** (c.séc.V a.C.) – médico grego, contemporâneo de Sócrates e responsável pelo juramento que obriga os médicos a curar e a não fazer o mal (BLACHBURN, 1997:183).

A filosofia hipocrática defende que a ação do médico deve ser realizada inicialmente em benefício do paciente, esta postura evita a caracterização de uma ação primariamente comercial e sim numa relação de ajuda e confiança, sendo este princípio denominado de princípio da obrigação fiduciária<sup>11</sup> e posteriormente princípio da lealdade prioritária ao paciente, que se constitui um dos componentes essenciais da Ética Médica.

Três valores hipocráticos merecem consideração para o exercício da profissão: a filantropia, a filosofia e a filotécnica<sup>12</sup>. O primeiro a filantropia cujo significado é amor às pessoas, amor aos seres humanos, trata-se de gostar de gente. O médico deve no mínimo gostar dos pacientes para ao menos consolar quando não consegue curar ou aliviar o sofrimento humano. Vale ressaltar que o oposto da filantropia, ou seja sua negação, seria a indiferença, que também pode ser relatada como a falta de indignação com atitudes descabidas, socialmente prejudiciais. Já o termo filosofia significa amor ao conhecimento, seria gostar de aprender. Refere-se a uma pessoa desejosa de saber cada vez mais, de se atualizar, de descobrir, seria o prazer do conhecimento. O princípio da filotécnica refere-se ao amor a arte, no sentido de ofício, ocupação, profissão, seria gostar do seu trabalho, amor pelo que faz. Neste sentido seria dedicar-se ao trabalho com amor (SÁ JR, 2002:80).

Este conjunto de valores poderia formar o ideal de médico como formação primária seria um arcabouço para receber posteriormente o substrato.

### Princípios basilares da Medicina hipocrática

A Medicina hipocrática é a origem da Medicina ocidental contemporânea, de ascendência grega, ela foi adaptada de acordo com a evolução do conhecimento científico moderno. Os conceitos que se seguem clareiam o significado desta terminologia (SÁ JR, 2002:80-81).

- a) *Favorecer e não prejudicar (primo non nocere, primeiro, não fazer o mal) que significa estar escolhendo o mal menor;*
- b) *Abster-se de tentar procedimentos inúteis (os médicos gregos não atendiam aos moribundos e aos doentes considerados incuráveis, porque o consideravam fora do alcance de sua profissão);*
- c) *O dever de dedicar lealdade prioritária ao paciente (fidelidade e altruísmo, colocando sempre em primeiro lugar os interesses do doente e depois, os interesses da cidade, inclusive os interesses dos demais médicos, todos estes postos acima dos próprios interesses);*
- d) *Acatar, de preferência, as causas da enfermidade (o tratamento dos efeitos é sempre considerado pelos hipocráticos uma pobre alternativa à terapêutica etiológica);*
- e) *Princípio da dignidade especial do homem, diante dos demais seres da natureza e da Medicina, diante das outras atividades humanas na sociedade, e que produziu o humanismo greco-romano;*

<sup>11</sup> **FIDÚCIA** – confiança, segurança (CUNHA, 1998:457)

<sup>12</sup> **FILOTECNIA** – significa amor a arte, com o sentido de ocupação ou profissão; quer dizer prazer, que o profissional deve dedicar-se ao seu trabalho com amor; o amor do médico pela Medicina (SÁ JR, 2000:73).

A ética hipocrática é essencial para o entendimento do desenvolvimento e criação dos códigos de Ética Médicas. Ela é atual no que tange ao respeito ao sigilo, mas é obsoleta no respeito à autonomia do paciente, se integrando ao paternalismo.

O capítulo sobre Ética Médica, procura abarcar os conceitos de ética, moral, deontologia e diceologia, para finalmente focar a questão da Ética Médica. Os conceitos de ética e moral estão muito próximos e imbricados, dificultando sua definição. A deontologia e diceologia apesar de sempre juntas são facilmente desembaraçadas por terem significados que se opõem. A exposição de conceitos sobre ética é finalizada sem revelar uma definição sintética e absoluta sobre o tema, no entanto, é possível perceber a dinâmica e mutável de acordo com o tempo e o espaço analisado. Ética Médica seria, por conseguinte, o estudo da deontologia e diceologia dos médicos. Nesta configuração estaria implícita a moral prática e determinante das normas da praxis profissional, formatando seus limites. Poderia-se dizer que Ética Médica seria uma dimensão especial da ética, voltada para as questões morais da Medicina. A literatura aponta para a necessidade de regulamentação da atividade, visto que a profissão interage sobre o organismo de terceiros.

A repercussão destes conceitos estudados neste capítulo conduz à necessidade da criação de normas de condutas para que o exercício profissional não extrapole o direito do paciente e respeite sua autodeterminação. Este contorno permite que a Medicina possa ser exercida de forma digna, através de doutrinamento apropriado.

## Referências:

---

- Araújo, R. W. B. A ética do ensino médico e o ensino da Ética Médica. In: Assad, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Barton, W. G. & Barton, G. M. *Ethics and law in mental health administration*. New York: International Universities, 1984.
- Bignotto, N. As fronteiras da ética: Maquiavel. In: NOVAIS, A. (Org.) *Ética*. São Paulo: Companhia das Letras; Secretaria Municipal de Cultura, 1992.
- Blackburn, S. *Dicionário Oxford de filosofia*. Consultoria da edição brasileira, Danilo Marcondes; [tradução, MURCHO, D. et al.].- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- Cohen, C.; Segre, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In Segre, M.; Cohen, C. *Bioética 2ª ed. Ampliada*. São Paulo: EDUSP, p.13-22, 1999.
- Corrêa, J. A. Da deontologia médica a Bioética. In: Petriouanu, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.
- Cunha, L. A. *A universidade temporã*. Rio de Janeiro: Editora: Livraria Francisco Alves, 1986.
- Collinson, D. *50 grandes filósofos*. São Paulo: Contexto, 2004.
- Camargo, M. C. Z. A. O ensino da Ética Médica e o horizonte Bioética. *Bioética*, 1996; 4(1): 47-51. Brasília, Conselho Federal de Medicina. <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>. Acesso em: 22 mar 2004.
- Fernandes, F. Dicionário de sinônimos e antônimos da língua portuguesa: de acordo com a ortografia oficial brasileira. São Paulo: Globo, 1998.
- Ferrel, O. C.; Fraedrich, J. P.; Ferrel, L. *Ética empresarial*. Ed. Reihmann e Affonso, 2002.
- Gert, C. *The moral rules: A new rational foundation for morality*. New York: Harper and Row, 1970.
- Gomes, J. C. M. O atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro. Brasília: *Revista de Bioética, Conselho Federal de Medicina, CFM*, 4(1):53-64, 1996.
- Lopes, J. L. A Ética Médica na formação profissional de Medicina. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 4(2): 45-52, 1980.
- Matos, A. V. O médico diante da ética como coerência do bem. In Petriouanu, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, , 2000.
- Mc Faden, C. J. *Medical ethics*. Philadelphia, 1961.
- Morin, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: Cortez, UNESCO, 2000.
- Outhwaite, W; Bottomore, T. *Dicionário do pensamento social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- Rokeach, M. *The nature of human values*. New York: Free Press, 1973.
- Rosas, C. F. *Ética Médica*. [www.ipas.org.br/cristiao/etica.doc](http://www.ipas.org.br/cristiao/etica.doc). Acesso em: 30 mar 2004.
- Sá Jr, L. S. Ética do professor de Medicina. Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1): 49-84, 2002.
- Sánchez Vásquez, A. *Ética*. Ética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- Santos, A. O. Juramento hipocrático. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 7 mar. 2004. Mais ciência, Caderno Mais, p.16-17.
- Segre, M. Ética. Brasília: *Revista Médica, CFM*, 1991.
- \_\_\_\_\_. Deontologia em Medicina. In Petriouanu, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.
- Singer, P. *Ética prática*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1998.
- Valls, A. L. M. *O que é ética?* São Paulo: Brasiliense, 1994.
- Zajdsznajder, L. É a ética uma ciência? In: Assad, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.

# Capítulo 2

## BIOÉTICA

A abrangência da Bioética como disciplina nas diversas áreas do conhecimento humano, principalmente nas ciências da vida, faz com que sua discussão e inserção no currículo médico sejam quase obrigatórias. É interessante a pluralidade de opiniões de profissionais oriundos de diferentes campos de atuação, discutindo temas que interessam conjuntamente a todos e ao mesmo tempo ao ecossistema.

As descobertas científicas atuais e as que estão por vir podem trazer inúmeras transformações ao mundo. Nesta linha de pensamento é que os grupos de discussão de bioeticistas se mantêm atentos, para que o progresso das ciências, seja consciente e coerente com o benefício da coletividade humana.

### Contextualização

Antes de fazer um recorte histórico, é importante contextualizar o problema, para entender melhor como ocorreram os fatos. As novas tecnologias trouxeram para a área médica, inúmeros dilemas éticos. Questões relativas à engenharia genética, fertilização *in vitro*, intervenções na herança genética, transplantes de órgãos e tecidos, assistência em unidades de terapia intensiva com equipamentos de última geração para manutenção e prolongamento da vida, colocaram o médico diante de situações inusitadas não relatadas especificamente em tratados de condutas. Como agir em situações de risco em que dois pacientes necessitavam de um único aparelho ventilatório existente na unidade? Ou como lidar com famílias que são contrárias a transfusões sanguíneas por crenças religiosas?

Todos estes questionamentos extrapolam a cena privada da Medicina e dizem respeito ao ser humano como um todo na cena social, transformando questões que eram do foro profissional para o âmbito político e social, pois se trata do destino da própria humanidade.

Como sujeito e inventor, o ser humano é insaciável na curiosidade de novas descobertas e conhecimentos que inexoravelmente serão utilizados. As pesquisas científicas no campo das ciências da vida não podem, nem devem ser obstaculizadas, porque seria um cerceamento da própria liberdade do ser criador. Deste modo, não se trata de promover um estatuto ético no campo da pesquisa, porque anularia a liberdade criadora, motor de toda pesquisa. A eticidade sem limites levaria a uma indevida maleficação do próprio conhecimento (CORREA, 2000:9). Há controvérsias neste entendimento, simultaneamente sinaliza para a colocação de limites e dificulta mantê-los, porque dificultaria a evolução do conhecimento. Entretanto, mantém a liberdade com responsabilidade como solução plausível para contornar estas dificuldades.

Buarque (1993:20-3) no texto *“Da modernidade técnica à modernidade ética”*, descreve que a mudança de direcionamento do final do século XX, levou a humanidade

a preocupar-se com problemas éticos foi devido a dois sustos. O primeiro foi um susto positivo, derivado da concretização das realizações técnicas atingidas nos cem últimos anos, muito além da expectativa. O segundo decorrente do primeiro, foi um susto negativo relativo ao fracasso da utopia das realizações técnicas que não corresponderam às melhoras esperadas na vida da maioria dos seres humanos. As ciências médicas conseguiram quase que dobrar a vida das pessoas, adiando o envelhecimento, entretanto, não conseguiu fazer com que estas vidas mais longas fossem certamente mais felizes. O autor ainda reflete sobre a segregação que ocorre entre países ricos e pobres, afirmando que os ricos dos países ricos aceitam com naturalidade os ricos oriundos dos países pobres. Entretanto, internamente nos países pobres os ricos recusam aproximação com seus compatriotas pobres. Desta forma, forma-se uma nação de ricos e outra de pobres independente da localização física dos Estados.

Há apenas dois caminhos para a sociedade atual: a explicitação de uma sociedade de “apartheid” ou de uma modernidade alternativa subordinada a princípios éticos (BUARQUE, 1993:33). As dúvidas trazidas pelo autor são relevantes na medida em que se sabe que a tecnologia tem custo e só está disponível para algumas camadas da sociedade. Na Medicina também os elevados gastos das novas técnicas de diagnóstico e terapêutica trouxeram para a humanidade as mesmas dificuldades apontadas pelo autor. Ou seja, as descobertas científicas não se transformaram na panacéia esperada, tornando a Medicina cara e inacessível para os menos favorecidos. Todos estes problemas estão interligados com a apropriação da medicina pelo capital, fazendo com que a saúde, assim como a educação, faça parte da mesma categoria de bens de consumo.

### Origem

A história da Bioética é ao mesmo tempo recente e contraditoriamente longa, devido ao mosaico de proposições e com a perspectiva de tantas áreas de estudo. Ao contrário da ciência moderna que tende a compartimentalizar o conhecimento, a Bioética abarca tudo e a todos, entretanto, dentro de um pensamento crítico e contextualizado.

Segundo o *Dicionário de Ética e Filosofia Moral* de Canto-Sperber:

*Bioética é uma palavra nova surgida por volta de 1970 nos Estados Unidos da América, cristalizando movimentos, aspirações, discursos e práticas que questionam e põem em causa os avanços das técnicas biomédicas. Quer seja descrita como campo de questões, disciplina nova ou ciência das interfaces, a Bioética suscita ainda muitas discussões sobre seu estatuto, seus métodos e seus objetivos, tanto nos Estados Unidos como na Europa (CANTO-SPERBER, 2003:165).*

A Bioética pode ser definida como uma ciência que une temas muitas vezes distantes e polêmicos. Foi criada em 1971 pelo médico americano Van Rensselaer Potter<sup>13</sup> com o intuito de orientar o uso dos avanços tecno-científicos nas áreas médicas e biológicas, antevendo o conjunto de desafios que emergiam para a humanidade (REICH, 1994:4). Daí *bios* representando o conhecimento biológico e *ethos* o conhecimento dos valores humanos. Nasce em épocas de profundas transformações na Medicina e agregou-se à

<sup>13</sup> Van Rensselaer Potter – médico, oncologista da Universidade de Winsconsin, Estados Unidos.

matéria de Ética Médica na tentativa de solucionar questões atuais que possam atingir direta ou indiretamente o bem-estar do ser humano (ATHANÁZIO *et al.*, 2004; MUÑOZ *et al.*, 2003). Ambos os autores referem-se a Bioética apenas na visão da Medicina, outras fontes demonstram que todos os conhecimentos científicos podem estar entranhados com a Bioética e não apenas às ciências médicas.

Potter cunhou o neologismo “*bioethics*” utilizando-o em dois escritos. Primeiramente, num artigo intitulado “*Bioethics, science of survival*” (1970: 27-153) e em 1971 no livro “*Bioethics bridge to the future*”, publicação que Potter dedicou a Aldo Leopold, renomado professor na Universidade de Wisconsin, que pioneiramente começou a discutir uma “*Ética da terra*”. Na contracapa do seu livro lemos:

*Ar e água poluída, explosão populacional, ecologia, conservação - muitas vezes falam, muitas definições são dadas. Quem está certo? As idéias se entrecruzam e existem argumentos conflitivos que confundem as questões e atrasam a ação. Qual é a resposta? O homem realmente colocou em risco o seu meio ambiente? Ele não necessita aprimorar as condições que criou? A ameaça de sobrevivência é real ou trata-se de pura propaganda de teóricos históricos?* (POTTER *apud* PESSINE, 2001: 348).

Através desta leitura percebe-se nitidamente que Potter tinha preocupações com a sobrevivência do ser humano no planeta. Estas questões lhe fizeram refletir e questionar sobre os avanços da ciência distantes das normas, sistematizações e principalmente, da conscientização.

É importante registrar que existe uma outra pessoa que reivindicou a paternidade do termo “*Bioética*”: André Hellegers<sup>14</sup>, que seis meses após a aparição do livro pioneiro de Potter, utilizou a expressão no nome do novo centro de estudos: “*Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”. Hoje, este centro é conhecido simplesmente como “*Bioethics Kennedy Institute*”. Hellegers animou um grupo de discussão de médicos e teólogos (protestantes e católicos) que viam com preocupação crítica o progresso médico tecnológico que apresentava enormes e intrincados desafios aos sistemas éticos do mundo ocidental.

Para Reich<sup>15</sup> (1978, 1995) “*o legado de Hellegers*” está no fato de que ele entendeu sua missão em relação a Bioética como “*uma pessoa ponte entre a Medicina, a filosofia e a ética*”. Este legado é o que acabou se impondo nos últimos vinte e cinco anos, tornando-se um “*estudo revitalizador da Ética Médica*”. Portanto, no momento de seu nascimento, a Bioética teve uma dupla paternidade e um duplo enfoque (PESSINE, 2001:349-50). Neste tópico, nota-se que o aparecimento da Bioética foi simultâneo e em lugares diferentes, por dois autores que demonstraram preocupação com as questões relativas ao desenvolvimento descontrolado e desmedido das ciências.

Diego Gracia (*apud* PESSINE, 2001: 349-50) fala de problemas de macro-Bioética, com inspiração na perspectiva de Potter, e de problemas de micro-Bioética ou Bioética clínica, com clara inspiração no legado de Hellegers. Potter não deixou de expressar sua decepção em relação ao curso que a Bioética seguiu. Reconheceu a importância da

<sup>14</sup> André Hellegers – médico, obstetra, fisiologista e demógrafo holandês, da Universidade de Georgetown, em Washington, DC.

<sup>15</sup> Reich – historiador e organizador da “*Encyclopedia of Bioethics*”.

perspectiva de Georgetown, no entanto, afirmou que: “*minha própria visão da Bioética exige uma visão muito mais ampla*”. Pretendia que a Bioética fosse uma combinação de conhecimento científico e filosófico, o que mais tarde chamou de “*Global Bioethics*” e que não fosse simplesmente um ramo da Ética Médica aplicada, como vinha sendo entendida em relação à Medicina.

Assim sendo, a Bioética foi criada para orientar o uso dos avanços científicos e tecnológicos na área médica e biológica, enfatizando as novas tecnologias disponíveis para os seres humanos, em todas as áreas. Desde o seu surgimento através de um conteúdo que abrange os conhecimentos de Ética Médica e de sua característica de transdisciplinaridade, traz à práxis científica um horizonte de humanidade e a possibilidade da extinção das posturas legalistas em relação à prática médica (CORREIA, 1994:34).

A contundência dos avanços científicos e tecnológicos no campo da Biomedicina, somada com a longa tradição da Ética Médica, ajudou a fazer crer que a Bioética era uma nova consideração da Ética Médica. Nova, quase que apenas porque introduzia as questões ou casos trazidos pela recente techno-ciência, os quais não estavam previstos em considerações anteriores. Além disso, a enorme produção científica nesse âmbito fortalecia a idéia de que realmente a Bioética era uma questão de ética biomédica (ANJOS, 1996:131-43). Este autor justifica o entendimento inicial de Bioética como disciplina exclusiva da área médica, apesar disso, com a evolução e a abrangência dos conhecimentos, percebeu-se que todos os campos científicos poderiam abraçá-la, ou o inverso, ela poderia abarcar todas as áreas de estudo e pesquisa.

Potter fez uma crítica contundente à compartimentalização e ao distanciamento social da produção científica, contudo, o mais importante da proposta futurista de Potter é a idéia da constituição de uma ética aplicada às situações da vida, como o único caminho para a sobrevivência da espécie humana (DINIZ, 2002:12).

No período inicial de surgimento da Bioética dois acontecimentos contribuíram para que ela fosse definida como um novo campo disciplinar: as denúncias cada vez mais frequentes relacionadas às pesquisas científicas com seres humanos e a abertura gradual da Medicina que de uma profissão fechada e autoritária, passou a dialogar com os que David Rothman (1991:40-2) denominou de estrangeiros em seu livro: “*Estrangeiros à beira do leito: uma história de como a Bioética e o direito transformaram a Medicina*”: Primeiro foram os filósofos, os teólogos e os advogados, depois, os sociólogos e os psicólogos, que passaram a opinar sobre a profissão médica, entretanto, sob outras perspectivas profissionais. O autor refere que, de amigos e confidentes os médicos e seus pacientes tornaram-se distantes, passando por um processo que ele denominou de “*estranhamento moral*”, que impulsionou de forma decisiva o nascimento da Bioética.

### Micro-história da Bioética

Diniz (2002:14-20) descreve o que ela chama de “*micro-história*” da Bioética, quando o filósofo Albert Jonsen<sup>16</sup> (1998) pontua três acontecimentos que exerceram um papel importante na consolidação da disciplina. Primeiro foi a divulgação do artigo de Shana Alexander<sup>17</sup>, que contava a história da criação de um comitê de ética hospitalar em Washington, nos Estados Unidos (Comitê de Admissão e Políticas do Centro

<sup>16</sup> **Albet Jonsen** – Professor emérito de Ética em Medicina, da Escola de Medicina da Universidade de Washington. Últimos livros publicados: *A Short History of Medical Ethics* (Oxford University Press, 1999). e *The Birth of Bioethics. The New Medicine and the Old Ethics* (Harvard University Press, 1990) e *Responsibility in Religious Ethics* (Corpus Books, 1971).

<sup>17</sup> **Shana Alexander** - jornalista americana, que publicou o artigo “*Eles decidem quem vive, quem morre*”, na revista Life, em 1962 (DINIZ, 2002:15).



Renal de Seattle), o “*Comitê de Seattle*”, como se tornou conhecido, tinha como objetivo definir as prioridades para a alocação de recursos para os pacientes renais. Para Jonsen, esse, mais que qualquer outro evento, assinalou a ruptura entre a Bioética e a tradicional Ética Médica.

Em 1966 ocorreu o segundo evento dessa micro-história, quando Beecher<sup>18</sup> compilou cinquenta artigos envolvendo seres humanos em condições de desrespeito, foram os chamados, “*cidadãos de segunda classe*” que eram: internos em hospitais de caridade; adultos e crianças com deficiências mentais; idosos; pacientes psiquiátricos; recém-nascidos; presidiários; etc., enfim, pessoas incapazes de assumir uma postura moralmente ativa diante do pesquisador e do experimento. Beecher publicou em “*Ethics and clinical research*”, vinte e dois relatos destas pesquisas realizadas com recursos provenientes de instituições governamentais e companhias de medicamentos, em que o alvo das pesquisas eram estes cidadãos acima citados, sem autonomia e sem direito de fazer escolhas. Alguns exemplos destes casos ficaram famosos, como o caso da retirada intencional do tratamento à base de penicilina em operários com infecções por estreptococos, para permitir o estudo de meios alternativos de prever suas complicações (BEECHER, 1996:1354-60).

O terceiro evento que Jonsen selecionou como significativo para a história da Bioética é um outro avanço médico. Em 1967, Christian Barnard, um cirurgião cardíaco da África do Sul, transplantou o coração de uma pessoa com doença cardíaca terminal, porém, ainda com vida. Esta situação levou a “*Escola Médica da Universidade de Harvard*”, em 1968, a procurar definir critérios para a morte encefálica, a fim de controlar casos semelhantes a esse (DINIZ, 2002:18). No Brasil o CFM baixou uma resolução (CFM nº1346/97) que define estes critérios.

Diniz (2002:20) descreve que por conta dos avanços científicos “[...] a Medicina estava cada vez melhor, mas que os pacientes estavam cada vez piores”. Foi deste modo que ocorreu a ruptura com o padrão da ética à beira do leito, permitindo o surgimento da Bioética como uma instância mediadora e democrática para os conflitos morais.

Todos estes episódios precipitaram o nascimento da Bioética, fazendo uma distinção bem clara entre Ética Médica e Bioética. A Ética Médica é restrita aos profissionais médicos, já a Bioética sem impor limites à participação de diversos profissionais interessados em seu estudo e em suas discussões.

Vale ressaltar que se abria para a humanidade naquele momento, outro ambiente de vida com novas perspectivas. Este novo espaço, cada vez mais se tornaria o resultado de ações humanas que interferem nos processos biológicos em geral. Talvez seja útil lembrar a descoberta do DNA na década de 50 como um dos importantes elos da cadeia de evoluções científicas que constituiu a revolução biológica subsequente. Os transplantes, a reprodução assistida, a biogenética foram avançando gradativamente nas pesquisas e aplicações científicas e tecnológicas, descortinando inúmeras dificuldades na sua utilização.

Hellegers assumiu o termo Bioética como campo de estudo e como movimento social. Via as questões que ali se levantavam como um desafio pertinente aos mundos da academia, das ciências biomédicas, do governo e da mídia. O trajeto que a Bioética seguiu não foi a imaginada por Hellegers. A proposta de Potter é que evoluiu definindo o entendimento atual sobre o assunto.

<sup>18</sup> Beecher - médico anesthesiologista, colecionador de relatos de pesquisas científicas publicadas em periódicos internacionais, como: *New England Journal of Medicine*; *Journal of Clinical Investigation*; *Journal of American Medical Association*; (DINIZ, 2002:15).

Em ambas as percepções e ênfases ficam evidenciadas uma abrangência global do termo Bioética para além das ações biomédicas. Potter e Hellegers embora não empreguem o termo de globalidade, entendem a Bioética como global em três sentidos:

- a) enquanto diz respeito a toda a terra; é uma ética referente ao bem de todo o mundo;
- b) enquanto conjunto incluyente de todos os temas éticos nas ciências da vida e cuidados de saúde, temas clássicos da ética do meio-ambiente e da Biomedicina;
- c) enquanto visão abrangente dos métodos de aproximação desses temas, incorporando todos os valores relevantes, conceitos, modos de pensar e disciplinas (REICH, 1994:24).

Esta concepção abrangente de Bioética intuía a necessidade de se pensar a vida incluindo a ética ecológica e ambiental, as questões éticas das ciências ligadas à vida e as próprias concepções e fatores que fundam os valores éticos. Os anos seguintes, isto é, as décadas de 80 e 90, ampliaram ainda mais a percepção da implicação dos campos aludidos por Potter e Hellegers, para a construção de uma sobrevivência digna e de qualidade.

É interessante notar em um ambiente norte-americano, onde a polarização em torno da ética biomédica tem sido tão grande, a valorização de perspectivas mais globais para a Bioética:

*Sem uma pauta global para a Bioética, a Bioética concebida mais estreitamente, orientada para a Medicina, mais facilmente se torna uma restrita lista de assuntos desconexos e de argumentos sobre tais assuntos; tende a medicalizar todo o campo da Bioética, caracterizando questões e percepções segundo a cultura médica americana dominante. Uma orientação médica excessiva tem também levado a marginalizar a ética do cuidado, outros profissionais da saúde e especialmente as éticas não-profissionais do doente e do povo simples, suas famílias, amigos e comunidades que deles cuidam (REICH, 1994:28).*

Esta citação traduz a preocupação do autor em que o assunto não ficasse restrito aos meios médicos e de outros profissionais da saúde, impossibilitando a participação dos envolvidos no caso, como o próprio paciente e seus familiares. A busca pela autonomia do paciente necessita sobretudo do esclarecimento sobre o caso, permitindo sua preferência. A pauta global referida pelo autor é pertinente aos temas relacionados com a Medicina e é uma visão muito contextualizada do “*modos vivendi*”, da população e dos médicos estadunidenses.

Mais claramente ainda se apontam as ingerências políticas e ideológicas que se introduziriam na Bioética para que a mesma tivesse abertura e abrangência suficientes para detectar os condicionamentos culturais e políticos com que a vida é tratada. Sintetizando esses conceitos, Reich (1994:28-9) afirma que:

*A Bioética concebida mais estreitamente corre o perigo de se caracterizar moral e intelectualmente pelo meio que estimula seu desenvolvimento. Sua invadente preocupação com a sobrevivência do indivíduo humano em momentos críticos de cuidados (médicos) drena as energias morais da Bioética dos temas mais amplos da sobrevivência hu-*

*mana e qualidade de vida e saúde em perspectivas demográficas e ambientais. Além disso, sem a perspectiva global quanto à saúde e às ciências da vida, o trabalho dos bioeticistas mais facilmente se torna definido por instituições médicas.*

O autor defende a inexistência de regras para a Bioética, propondo muitos caminhos e possibilidades. Há também uma clara preocupação para que a Bioética não seja exclusividade do meio médico. Esta inquietação parece demasiada, demonstrando seu receio com a tentativa da limitação da interferência de não médicos em assuntos médicos, por parte dos últimos. Ou seja, o autor acredita que é possível pessoas de fora da área médica opinarem e discutirem temas médicos. Quanto a este entendimento há controvérsias, nas diversas situações e cada uma tem uma singularidade própria. Em algumas circunstâncias é possível ampliar os debates com profissionais de fora da área, outras vezes torna-se difícil pelas obrigações impostas pelo próprio sigilo profissional e também por questões de conhecimento técnico.

### Princípios

Em 1974, formou-se nos Estados Unidos, a *Comissão Nacional para a "Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental"*, responsável pela ética das pesquisas relacionadas às ciências do comportamento e à Biomedicina. Após quatro anos, o resultado do trabalho da comissão ficou conhecido como *Relatório BELMONT*,<sup>19</sup> um documento que ainda hoje é um marco histórico e normativo para a Bioética. Por meio desse relatório foi possível identificar a proposta da comissão: articular os princípios éticos, supostamente universais, que promoveriam as bases conceituais para a formulação, a crítica e a interpretação de dilemas morais envolvendo a pesquisa científica (REICH, 1995: 2767-73).

Os participantes do Relatório Belmont justificaram a eleição de três princípios éticos, dentre um universo de possibilidades, argumentando que a escolha baseava-se em uma estrutura profunda do pensamento moral. Para eles, os princípios éticos escolhidos pertenciam à história das tradições morais do ocidente, havendo uma relação de dependência mútua entre eles, fato que garantiria sua harmonia quando aplicados, foram, portanto, escolhidos os seguintes princípios:

- a) **Autonomia:** Respeito pelas pessoas; este princípio carrega consigo pelo menos outros pressupostos éticos: os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos e as pessoas com autonomia diminuída (os socialmente vulneráveis) devem ser protegidas de qualquer forma de abuso. Do ponto de vista prático, isso significa que a vontade deve ser um pré-requisito fundamental para a participação na pesquisa científica, fazendo com que a concessão do consentimento somente tenha validade após a informação e a compreensão sobre a totalidade da pesquisa a ser realizada;
- b) **Beneficência e Não-Maleficência:** dentre os três princípios escolhidos, esse é o que maior referência faz à história da deontologia médica no ocidente. A beneficência deve ser vista como um compromisso do pesquisador na pesquisa científica para assegurar o bem-estar das pessoas envolvidas direta ou

<sup>19</sup> National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of the human subjects of research.

indiretamente com o experimento. A **Não-Maleficência** - remete ao princípio hipocrático “*primo non nocere*”, ou seja, primeiro não se deve causar dano. Na prática, estes princípios propõem uma avaliação sistemática e contínua da relação risco-benefício para as pessoas envolvidas;

- c) **Justiça:** esse princípio é o que mais intimamente está relacionado às teorias da filosofia moral em vigor nos Estados Unidos por ocasião da elaboração do relatório. Equidade social, entendida como o filósofo John Rawls<sup>20</sup> (1999) vinha propondo, isto é, como o princípio do reconhecimento de necessidades diferentes para a defesa de interesses iguais, era uma das grandes novidades apresentadas pelos membros da comissão. (DINIZ, 2002:21-3).

Vale resgatar que o significado de equidade não é o mesmo de igualdade. A igualdade, tal como proposta pela revolução francesa e incorporada às estruturas simbólicas do Ocidente há mais de 200 anos, não pode continuar sendo o ponto de partida ideológico para a construção de relações éticas. A igualdade ignora as desigualdades concretas e aviltantes que marcam hoje a vida da maior parte das populações do mundo (GARRAFA, 2002:3). Neste sentido a justiça social não pode ficar horizontalizada, para ser autêntica teria que tratar desiguais de diferentes formas. Conseqüentemente, dando mais a quem precisa mais e menos a quem precisa menos. Seria o reconhecimento da cidadania através da promoção dos direitos humanos mais elementares.

A teoria principialista, como ficou conhecida esta teoria baseada nos princípios, ocorreu a partir da publicação dos Princípios da Ética e Bioética, da autoria do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress, em 1979. Foi quando a Bioética consolidou sua força teórica, especialmente nas universidades estadunidenses. Este livro foi a primeira tentativa de instrumentalizar os dilemas relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença ou, nas palavras dos autores, “[...] este livro oferece uma análise sistemática dos princípios morais que devem ser aplicados à biomedicina [...]”. A proposta teórica de Beauchamp e Childress seguia a trilha aberta pelo “*Relatório Belmont*” alguns anos antes, defendendo a idéia de que os conflitos morais poderiam ser mediados pela referência a algumas ferramentas morais, os chamados princípios éticos (DINIZ, 2002:25).

A teoria principialista tornou-se hegemônica e somente ao final da década de setenta é que apareceram as primeiras críticas, combatendo arduamente a visão limitada e normativa do principialismo. Estes princípios não estão de acordo com o espírito original da disciplina, de gerar uma nova perspectiva filosófica e prática sobre o conflito moral (DINIZ, 2002:34-5).

As tendências atuais da Bioética se formataram a partir das críticas contra a teoria principialista. Esta nova abordagem é ampla e abriga muitos conceitos. Foi construída a partir da tessitura da cultura e da contra-cultura contemporânea e contempla a diversidade humana.

### **Tendências atuais**

Como ficou documentado a Bioética não ficou restrita a teoria principialista, evoluindo através do contexto histórico de seus 35 anos de criação. Atualmente, estes princípios estão sendo criticados por autores contemporâneos, pelo fato de terem sido importados dos países hegemônicos, sem considerar o contexto sócio-cultural e econômico do país receptor.

<sup>20</sup> **John Rawls** - filósofo que defende em “*A Theory of Justice*”, a mesma técnica construtiva semelhante à usada por Kant., na formulação da sua categoria moral (RAWLS, 1999).

As preocupações fundamentais estão relacionadas às diferenças entre os países desenvolvidos, chamados centrais e os demais, chamados periféricos. “*Central*” seria o país onde os problemas básicos com saúde, educação, alimentação, moradia e transporte já estão resolvidos ou bem encaminhados. Os “*periféricos*”, por outro lado, são aqueles que os organismos internacionais insistem em afirmar que estão “*em desenvolvimento*” e que a maioria da população continua lutando pela obtenção de condições mínimas de sobrevivência e dignidade e que a concentração de poder e de renda encontra-se nas mãos de um pequeno número representativo de pessoas.

Esta caminhada ocorreu com o questionamento sobre a escolha dos princípios morais da coletividade, ou seja, em que tipo de sociedade queremos viver. A teoria principalista foi importada para os países periféricos como uma fórmula pronta a ser seguida, com a transferência de teorias morais. Sob o ponto de vista de conduta não houve preocupação com o contexto e nem com as crenças dos grupos societários destinados. O Brasil com sua multiculturalidade pode ser um exemplo. A cultura americana, branca, classe média, educada e individualista, foi construída a partir da tradição filosófica anglo-saxã, bem diferente da brasileira (DINIZ, 2002:36-40).

No discurso de abertura do “*Sexto Congresso Mundial de Bioética*”<sup>21</sup> o então presidente da “*Sociedade Brasileira de Bioética*” (SBB), Volnei Garrafa, defendeu uma pauta de trabalho para uma “*Bioética transformadora, comprometida e identificada com a realidade dos países em desenvolvimento*”.

O mesmo autor cita ainda que a partir dos anos 90 novas perspectivas teóricas críticas emergiram no contexto da Bioética. Problemas persistentes constatados no cotidiano dos países periféricos como a exclusão social e a concentração de poder; a globalização econômica internacional e a evasão de divisas das nações mais pobres para os países ricos; a inacessibilidade dos grupos economicamente vulneráveis às conquistas do desenvolvimento científico e tecnológico; e a desigualdade de acesso das pessoas carentes aos bens de consumo básicos indispensáveis à sobrevivência humana com dignidade.

A “*Bioética Brasileira*”, como se tornou conhecida a partir das afirmativas do citado autor, é a “*Bioética de intervenção*” que defende uma ação social concreta e prática junto às comunidades mais carentes, diminuindo o desequilíbrio social. A partir do Hemisfério Sul poder-se-ia propor um novo arcabouço de pensamento crítico engajado nas políticas de desenvolvimento social e objetivando diminuir a exclusão. Garrafa (2002) avança no contexto internacional propondo uma discussão diferente das abordagens tradicionais e elitistas, de forte conotação anglo-saxônica. Ele pondera que:

*Este novo enfoque teórico propõe uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade, incluindo a re-análise de diferentes dilemas, entre os quais: autonomia versus justiça/eqüidade; benefícios individuais versus benefícios coletivos; individualismo versus solidariedade; omissão versus participação; mudanças superficiais e temporárias versus transformações concretas e permanentes* (GARRAFA, 2002:1).

O autor acredita que as diferenças culturais entre os latino-americanos e os anglo-saxões podem entre outras coisas, justificar a mudança do enfoque bioético. Para

<sup>21</sup> **Sexto Congresso Mundial de Bioética** - realizado em Brasília, em novembro de 2002, com o tema: *Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção*. **Sexto Congresso Mundial de Bioética** - realizado em Brasília, em novembro de 2002, com o tema: *Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção*.

exemplificar esta idéia parte do pressuposto de que a autonomia tem grande valor em alguns países, diferentemente da brasileira que privilegia a solidariedade. No raciocínio dos anglo-saxões a solidariedade muitas vezes pode ser compreendida como intromissão ou invasão de privacidade.

Garrafa (2002:2) afirma ainda que nos países pobres, persistem as mesmas condições humanas da Antiguidade, ou seja: a exclusão social, a discriminação das mulheres, o racismo, a iniquidade na alocação e distribuição de recursos sanitários, o abandono de crianças e idosos, o aborto, a eutanásia, entre outras. Já nos países ricos as preocupações dos bioeticistas dizem respeito aos problemas decorrentes ao acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que emergiram nos últimos cinquenta anos. Pode-se exemplificar as novas técnicas de reprodução assistida (incluindo a clonagem reprodutiva e a terapêutica), o Projeto Genoma Humano e os avanços no campo da engenharia genética, os transplantes de órgãos e tecidos humanos, entre outros.

Portanto, hoje a Bioética avança através da intervenção, com ações duras em direção de mudanças concernentes às necessidades básicas indispensáveis à sobrevivência digna de determinadas sociedades, consolidando a construção de realidades diferentes a partir da problemática de cada região. Esta idéia transformadora de uma Bioética comprometida vai de encontro às fórmulas teóricas prontas, com a transferência de teorias morais dos países ricos para os menos favorecidos.

Muitas lacunas não foram preenchidas, pela amplitude e importância dos conhecimentos gerados a partir da evolução técnico-científica. Novos trabalhos poderão ser desenvolvidos para melhor explorar e aprofundar os conceitos desta disciplina que ainda está em franca transformação.

## Referências:

---

- Anjos, M.F. *Bioética: abrangência e dinamismo*. Espaços, 4/2, 131-143, 1996.
- Athanazio, R. A.; Lemos, K. M.; Fonseca, D. C.; Cunha, M. S.; Braghiroli, M. I.; Almeida, A. M.; Nuñez, G. R.; Ramos, A. C.; Barbeta, M. C.; Bitencourt, A. G.; Lordelo, M. R.; Rocha, I. M.; Soares, A. S.; Cerqueira Neves, N.; Nery Filho, A. *ACADEMÉTICA: Um novo método de estudo continuado sobre Ética Médica e Bioética*. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM*, v.28, nº1, p.73-78, jan./abr. 2004.
- Beecher, H. Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine*, v. 274, n. 24, June, 16, p. 1354-1360, 1996.
- Buarque, C. Da modernidade técnica à modernidade ética. In: Assad, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Canto-Sperber, M. *Dicionário de ética e filosofia moral*. Vol. 1, Ed. UNISINOS, São Leopoldo, RS, 2003.
- Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM nº 1346/97, Brasília, 1997.
- Corrêa, J. A. Da deontologia médica a Bioética. In: Petroianu, A. *Ética, moral e deontologia médicas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000.
- Correia, F. A. *A alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética*. [Tese]. Campinas: Departamento de Filosofia, UNICAMP, 1994: 22.
- Diniz, D. *O que Bioética?* São Paulo: Ed. Brasiliense, 2002.
- Garrafa, V. 6º Congresso mundial de Bioética. Bioética, poder e injustiça : por uma ética de intervenção, discurso de abertura, Brasília, 2002.
- Muñoz, D. R.; Muñoz, D. R. O ensino da Ética Médica nas faculdades de Medicina do Brasil. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 2003; 1(1): 114-124.
- Pessine, L. *Problemas atuais da Bioética*. Ed. Centro Universitário São Camilo & Loiola, 5ª ed., 348-355, 2001.
- Reich, W. T. "The word 'bioethics': its birth and the legacy of those who shaped it" in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 4: 319-335, 1994.

# Capítulo 3

## CÓDIGOS DE ÉTICA

Não basta o ser humano conhecer o que é certo e errado para escolher o certo, é necessário haver limites legais e punições para a regulamentação profissional. Logo, as relações sociais necessitam ser intermediadas por leis, resoluções e códigos de comportamento para que os cidadãos se respeitem reciprocamente e possam conviver de maneira harmônica. Esta afirmativa ganha ainda mais força quando se trata de uma atividade como a Medicina, que permite a um ser humano, o médico invadir o corpo e mente de outro ser humano, o paciente. Nestas circunstâncias nada é absoluto, porque se trata da pessoa humana. Trata-se de gente, gente que cuida de gente. Gente que precisa de limites para respeitar seu semelhante.

### Histórico

Aguiar (1993:60-1) lembra que na filosofia e nas ciências sociais o movimento e a transformação se impõem diante das situações imutáveis. Isto é, o ser humano é um ser no tempo, que nele se transforma e se constitui. O tempo humano denomina-se história. O entendimento que os seres humanos têm em si, individual ou coletivamente, varia no tempo e nas culturas. As sociedades estão em permanente mutação a partir dos conflitos e das contradições que as fazem mover e se transformar. Assim, estes grupos societários funcionam muito mais pela lógica das contradições do que pela lógica da identidade.

Autores como Tenório (1989:8) defendem a historização dos fatos descrevendo que as características da totalidade de cada momento histórico permeiam cada uma das suas partes, evidenciando que o todo está contido na parte. A História faz uma demarcação dinâmica e indissociada da totalidade. *“Quando a demarcação é congelada, o conhecimento se torna a-histórico, se afastando da práxis da produção”*. Dessa forma, é importante captar a teoria como se produziu no passado, interpretada de forma ativa e não simplesmente a contemplação passiva do processo.

Por outro lado,

*[...] não se poderia dizer que existe uma história, mas várias, tantas quantas forem os espíritos que as criam. Não só cada época teria sua própria visão da história – sua própria história – como cada nação, cada classe social, cada historiador, enfim (CUNHA, 1984:13 apud TENÓRIO, 1989:14).*

A Enciclopédia Britânica (2004) traz um artigo que apresenta a origem mítica da ética e dos códigos de ética, narrativa rica em mitos religiosos, descrevendo como os códigos foram criados.

## Código de Hamurabi

Segundo a citação acima, a sociedade humana tem, virtualmente, alguma forma de *mito* para explicar a origem da moralidade. No Louvre, em Paris, há uma coluna babilônica, negra, onde se vê em alto relevo mostrando o deus do sol *Shamash*, apresentando o código de leis à Hammurabi. No Velho Testamento, a passagem que relata a apresentação dos dez mandamentos de Deus a Moisés, no monte Sinai, pode ser considerado outro exemplo. No clássico *Protágoras*, de Platão, há um relato mítico profético, de como Zeus teve compaixão dos infelizes humanos, que vivendo em pequenos grupos e com dentes inadequados, garras fracas e desprovidos de velocidade, não eram páreo para as demais feras. Para compensar estas deficiências, Zeus deu aos humanos, um senso de moral e a capacidade para estabelecer leis e justiça, de tal forma que eles poderiam viver em grandes comunidades e em cooperação mútua.

Esta referida moralidade é revestida de mistério e poder de origem divina, nada mais poderia prover razões tão fortes para aceitação dessas leis morais. Atribuindo uma origem divina à moralidade, o clero tornou-se seu intérprete e guardião, assegurando para si um poder que não poderia facilmente abrir mão. Esta ligação entre moralidade e religião tornou-se tão forte, que ainda hoje a moralidade está ligada à religião, no imaginário popular. De acordo com esta visão, a ética deixa de ser um campo de estudo independente, tornando-se desta forma, teologia moral. Esta apropriação inadequada da moralidade pela Igreja Católica foi responsável pelo domínio da mesma no período medieval. Este aspecto é algo que preocupa, porque percebe-se ausência de isenção e em seu lugar o doutrinamento religioso.

Este relato corresponde a origem religiosa, existem outras como a ética pré-humana, comportamento não humano, familiaridade e reciprocidade. O enfoque religioso está mais intimamente relacionado à cultura ocidental, do que as demais.

Ainda na Enciclopédia Britânica (2004) é possível averiguar a origem histórica dos códigos. É impressionante como na Antiguidade já havia preocupação com os códigos de conduta, nome melhor empregado aos chamados hoje de códigos de ética. O “Código de *Hamurabi*”, foi considerado por muito tempo como o primeiro e único documento no gênero, atribuindo-se a seu codificador uma originalidade indevida.

Este conceito perdurou até meados do século XX, quando foram descobertos os códigos de *Bilalama* e do de *Lipit-Ishtar* (1945-1947). O código de *Hamurabi* retorna assim a seu lugar, na grande tradição jurídica sumero-acádica ou mesopotâmica.

A originalidade de *Hamurabi*, foi de ter sido legislador de um império e de ter entrado na tradição jurídica, consolidando-a. Ele conseguiu harmonizar os costumes, estendendo o direito e as leis a todos os súditos do seu vasto império.

O estudo das antigas legislações do Oriente revela atualmente sete delas. O mais antigo código até hoje conhecido é o de *Ur-Namu*, que viveu 2050 a.C. Segue-se o de *Bilalama*, um dos primeiros reis do primeiro estado de *Eshnuna*, que viveu em 1950 a.C. O terceiro código é atribuído a *Lipit-Ishtar*, quinto rei da dinastia de *Isin*. Em quarto lugar vem o código de *Hamurabi*, sem dúvida o mais importante e o mais conhecido do antigo oriente.

Seguem-se as leis medo-assírias (1114/1076 AC), cujo conteúdo remonta a dois ou três séculos anteriores. Dos hititas também subsiste um código de leis, cujas datas oscilam de 1400 a 1225 a.C. Finalmente a época neobabilônica (880/500 a. C.), deixou uma tábula com nove artigos de sua legislação.



O monumento relativo ao “*Código de Hamurabi*” está no acervo do Museu do Louvre, em Paris e provém do templo de “*Ebabbara*”, em Sippar. Consiste em um tronco em forma de cone, de uma pedra negra e dura, com 2,25 m de altura e com 1,60 m de circunferência na parte superior e 2 m na base. Toda superfície do bloco está recoberta por um texto cuneiforme, denso e elegante, de escrita acádica. No topo, em alto relevo, vê-se *Hamurabi*, também chamado de *Khamu-Rabi*, em atitude de inspiração, aprendendo as “*leis da equidade*”, redigidas na parte inferior da pedra, dispostas em 46 colunas, com um texto de 3.600 linhas. *Hamurabi*, toca seu coração com a mão direita, como se o quisesse despertar para receber as palavras divinas.

O texto está encimado pela figura de *Shamash*, deus do Sol, que bafeja o espírito de equidade da justiça, no ato de ditar as leis ao rei babilônico. Aparece representado por dois feixes de luz atrás dele, tem na cabeça uma espécie de tiara ornada com quatro ordens de chifres e está majestosamente sentado, segurando em sua mão esquerda um pequeno cetro e um círculo, símbolo do ciclo dos tempos regulados pelo sol. Diante dele está *Hamurabi*, em atitude de submissão e atenção, vestindo uma túnica de pregas lisas, presa ao corpo na altura da cintura e leva um gorro especial na cabeça.

Este monumento foi encontrado em 1901, por uma delegação francesa na Pérsia, sob a direção de *Jacques de Morgan*,<sup>22</sup> que o desenterrou das ruínas da acrópole de *Susa*. É sabido que, após a morte do guerreiro legislador, os povos do *Elam* invadiram a Babilônia. Teriam levado a coluna diorítica das suas leis, possivelmente, porque temiam mais aquela coluna com suas inscrições cuneiformes do que as armas dos defensores da cidade. Levaram-na cuidadosamente, talvez temerosos dos seus sortilégios e em *Susa* acabou sendo sepultada.

Sob o ponto de vista ético e social e pela segurança de sua data, o “*Código de Hamurabi*” pode ser considerado um documento universal, possibilitando conhecer uma codificação clara e breve do direito privado numa época histórica remotíssima, que simultaneamente fixava os costumes e as tradições jurídicas já seculares para o país e ao mesmo tempo, estipulava bases para futuros Estados. O Código de Hamurabi, foi instituído no ano de 2000 a.C., para orientação do povo do Império Sumerino. Este Código, no seu capítulo XII, trata de honorários e penalidades profissionais, (médicos, veterinários, barbeiros, mestres-de-obras, bateleiros, etc.), assim como a pena de talião (olho por olho, dente por dente), no caso de erro médico. Era sem dúvida um Código muito severo e provavelmente originou-se na “*Mal-practice*”. Os escritos antigos dos Chineses, Hindús, Gregos e Romanos, já salientavam a importância social da prática médica. Os aspectos morais do exercício da Medicina estão sob o controle social e profissional.

As normas oriundas do direito romano ainda não foram superadas – “*alterum non laedere, honeste vivere e suum cuique tribuere*” -, isto é, não lesar a outrem, viver honestamente e dar a cada um o que é seu, dispensam considerações mais prolixas na observância da ética na aplicação do direito, conduzindo a justiça (DIAS, 1993:56).

A necessidade da construção de legislações específicas parece ser imperativa para a manutenção das relações humanas e possibilitando a convivência entre pares. A lei é um dos construtos que compõe com o bem e a liberdade, a edificação da ética. A lei como instituição de limites, não reduzida a códigos e constituições humanas, mas, como

<sup>22</sup> **Jacques De Morgan** (1857-1924) – engenheiro civil, arqueólogo e geólogo francês, responsável pelas escavações que descobriram o Código de Hamurabi.

raiz fundante da expressão do ser humano como ser de finitude. Limites que transcendem as duas barras que compõe a vida humana, o nascimento como o começo e a morte como o fim. (AGUIAR, 1993:60-1).

Martin (1993:28) refere que não só os médicos criaram códigos de comportamento, outros grupos profissionais também produziram os seus como é o caso de grupos religiosos, governos civis, outras classes profissionais e grupos de consumo. Esta questão revela o pluralismo de idéias e a diversidade de valores, normas e questões éticas.

### **Códigos de Ética Médica**

Os códigos de Ética Médica se debruçam sobre um conjunto de normas ligadas ao comportamento do médico durante o chamado ato médico, ou seja, em cabal atividade profissional. Ele tem um enfoque educativo e outro punitivo, sendo que ambos convergem para a construção da cidadania. A estrutura destes códigos é disposta em capítulos que por sua vez compreendem artigos, que abordam múltiplos temas relativos ao relacionamento dos médicos com seu entorno. Todas estas iniciativas foram legitimadas por conselhos ou ordens que integram as categorias profissionais do país, e posteriormente foram promulgadas pelos governos federais, tornando-se lei para a classe.

### **A lei do Talião**

Segundo Gomes (1998:245) o Código de Hamurabi já estabelecia que: *“O médico durante o tratamento que mata ou cega alguém livre, terá suas mãos cortadas; se morre o escravo, paga seu preço, se ficar cego, a metade do preço”*. Outros códigos antigos, como o livro dos Vedas, o Levítico, já estabeleciam penas para os médicos que não aplicassem com rigor a Medicina da época. Podendo ter as mãos decepadas ou perder a própria vida, se o paciente ficasse cego ou falecesse. Também entre os egípcios e os gregos havia a tradição de punir o médico, inclusive com a pena de morte. Em Roma os médicos culpados poderiam pagar uma indenização pela morte de um escravo e eram condenados à morte quando o cidadão fosse livre. Na Idade Média a rainha Astrogilda exigiu que fossem enterrados com ela os dois médicos que a trataram, aos quais atribuía o insucesso de seu tratamento. O mais antigo Código de Ética Médica conhecido é o tradicional juramento de Hipócrates, apesar dos seus 25 séculos, os princípios nele contidos permanecem vivos até hoje e tem com uma representação simbólica muito grande.

Martin (1993:25) descreve que no começo do século XIX Thomas Percival (1803-1827) produziu o primeiro código de Ética Médica, motivado pelo clima de tensão e briga no meio hospitalar e na tentativa de amenizar este ambiente de trabalho. Este primeiro código tenta superar conflitos profissionais, moralizar a profissão e a formação do caráter dos médicos novos. Percival persistiu na idéia de que o médico deveria ser um cidadão virtuoso, cortês, um verdadeiro gentleman. O código de ética de Thomas Percival (1803) destinou-se a guiar os membros das profissões de saúde de Manchester e é considerado mais como um guia de comportamento social propriamente dito, do que uma orientação sobre princípios básicos de moral.

Grandes avanços científicos trouxeram muitas dificuldades para o comportamento médico diante das novas áreas de conhecimento e de procedimentos. Conflitos foram criados entre a Medicina popular e a erudita, entre a Medicina de inspiração religiosa e a científica, entre a Medicina tecnológica e a humanística. Todos estes elementos juntamente com as notícias do comportamento dos médicos nazistas nos campos de concentração

e suas experiências com pessoas humanas foram o caldo de cultura necessário para a geração de códigos de comportamento nacionais e internacionais para os médicos. Assim nasceram a Declaração de Nuremberg (1946, *apud* CFM, 1988), a Declaração de Genebra (1948, *apud* CFM, 1988), o Código Internacional de Ética Médica (1949, *apud* CFM, 1988), a Declaração de Helsinque (CFM, 1983:57) adotada em 1964 e revisada em Tóquio em 1975 e os Princípios de Ética Médica relativos com Tortura e Crueldade com Prisioneiros e Detentos das Nações Unidas (CFM, 1983).

A Declaração de Genebra, nada mais é do que a reformulação do Juramento de Hipócrates. Esta, foi promovida pela Associação Médica Mundial como consequência às transgressões éticas ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial e adotada pela Assembleia Geral da Associação Mundial em Genebra, em setembro de 1948. Baseado nessa Declaração de Genebra foi então redigido o Código Internacional de Ética Médica. Todos estes códigos privilegiam o bem-estar do doente, mas ainda assim é dada ênfase aos direitos e obrigações do médico (MARTIN, 1993:29).

Donald Konold (*apud* MARTIN, 1993:27) descreve que os valores são também transmitidos através de orações e juramentos. Segundo este autor as orações do médico reafirmam seu compromisso pessoal com seu dever profissional e os juramentos obrigam publicamente o médico recém formado a assumir as reconhecidas responsabilidades da profissão e sua responsabilidade social, enquanto os códigos fornecem guias de comportamento.

Cohen & Segre (1999:17) questionam a razão kantiana absoluta, visto que razão é um pressuposto passível da avaliação interna, pessoal, e externa, do grupo, portanto demonstram que são favoráveis à elaboração dos códigos de Ética Médica, todavia acreditam que a simples criação deles não torna as instituições éticas, pois esses códigos mostram os valores que a cultura de uma determinada sociedade considera necessários para que seu membro possa interagir e trabalhar. Os códigos podem também traduzir um moralismo extremado e podem ser utilizados como exercício do poder institucionalizado. Por outro lado, nem sempre quando o indivíduo é apenado automaticamente se torna ético, ele pode temer as punições, entretanto, isto não significa que adquiriu um aprendizado ético. De acordo com estes autores o código que mais se aproxima de um código de ética é a Declaração Universal dos Direitos Humanos.<sup>23</sup>

### Estados Unidos

O primeiro Código de Ética Médica apresentado pela Associação Médica Americana (1847), somente pode ser compreendido, à luz do trabalho de Ética Médica desenvolvido pelo inglês Thomas Percival (1978:1738-46). Ele escreveu o primeiro código moderno compreensível, em resposta às solicitações de uma parte dos monopólios de *Manchester Infirmary*, para desenvolver um esquema de conduta profissional relativa aos hospitais e aos médicos, evitando conflitos. Depois de escrever e rever durante três anos, finalmente distribuiu um livro com o título "*Medical Ethics*". Foi publicado em 1803, com o subtítulo: "*Um Código de Atitudes e Princípios, Adaptados à Conduta Profissional de Médicos e Cirurgiões*".

O Código de Ética Médica de Percival, consistia em quatro capítulos intitulados: "*Conduta relativa aos hospitais e outras caridades médicas profissionais*", "*Conduta*

<sup>23</sup> **Declaração Universal dos Direitos Humanos** - Resolução da IIIª Sessão Ordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, aprovada em Paris, no dia 10 de dezembro de 1948.

*profissional na prática privada e pública*”, “*Conduta dos médicos frente a seguros*”, e “*Deveres profissionais em certos casos que requerem o conhecimento da lei*”. Este Código de Ética serviu durante muitos anos como modelo para os códigos de ética de sociedades médicas na Inglaterra e nos Estados Unidos (PERCIVAL, 1978:1738-46).

Quando a Associação Médica Americana foi fundada, em 1847, sua primeira tarefa foi estabelecer padrões para a educação médica e formular um Código de Ética, preservando grande parte do Código de Ética de Percival, principalmente no capítulo referente à prática privada.

O Código de Ética Médica adotado pela Associação Médica Americana e a Academia de Medicina de Nova York foi assinado em 1847 contém três capítulos referentes aos deveres dos médicos, deveres dos pacientes para com os médicos e deveres dos médicos com seus colegas (LUDWIG & Co., 1848).

### **França**

O Código de Ética Médica da França (1979:35-46) foi assinado em 1977 e está relacionado ao decreto de 1966. Ele divide-se no aspecto da Medicina pública e privada, sendo diferente os deveres e direitos dos médicos nestas duas circunstâncias.

Trata de assuntos referentes à cobrança de honorários, Medicina de controle, que está relacionada a empresas, experiências na área médica, testagem medicamentosa consentida, relações com outros profissionais da área de saúde, existe também orientações aos jovens médicos, etc.

### **Argentina**

O Código de Ética Médica da Argentina (1964:1-24) data de 17 de abril de 1955, trata dos mais diversos assuntos e é um dos mais completos entre os códigos estudados.

Entre os capítulos há o que trata dos deveres dos médicos com a sociedade, com os pacientes, com seus colegas e com os profissionais da área médicas e auxiliares. Há também capítulos que tratam de consultas e juntas médicas, dos casos de urgência, dos especialistas, do segredo profissional, da publicidade e anúncios médicos, da função hospitalar, dos honorários médicos, das incompatibilidades, dicotomias e outras faltas médicas, da responsabilidade profissional, do aborto terapêutico, da eutanásia, do médico como funcionário público, os direitos dos médicos, dos estatutos e regulamentos internos.

### **Portugal**

O código de conduta médica português chama-se *Código Deontológico da Ordem dos Médicos* publicado em 1985 e tem com base orientar a conduta profissional em todos os níveis de atuação. Este código substitui o velho código consagrado no Decreto nº 32.171 por exigência da evolução da técnica médica. O editorial da revista da publicação ressalta que não houve mudanças nos princípios fundamentais da ética, mas sim novas interpretações a luz dos novos conhecimentos e procedimentos. Este código contém 153 artigos, distribuídos em seis títulos principais com capítulos secundários, que variam em número de acordo com o título.

No preâmbulo, também há referência da necessidade de lembrar à categoria médica a importância destes princípios norteadores da profissão, face a degradação de valores

morais cada vez mais acentuada e as tentativas de eliminar as noções de bem e mal da sociedade. Finaliza solicitando aos médicos a adesão aos princípios estabelecidos pelo código, em prol de honrar o compromisso de cuidar dos doentes e da comunidade com dignidade.

### **Códigos de Ética Médica brasileiros**

Os códigos de Ética Médica brasileiros tiveram suas raízes históricas e o contexto da evolução dos seus princípios, a partir da tradição hipocrática até o desenvolvimento técnico-científico da atualidade. Grande parte da influência destes códigos foi contextualizada com os acontecimentos do mundo ocidental e seu aparecimento foi tardio, somente no início do século XX e seu enriquecimento ocorreu a partir da criação do Conselho Federal de Medicina, em 1945. Os princípios do código de Ética Médica não são leis imutáveis, destinadas a controlar o médico, mas sim, um norte ao qual ele deve guiar sua conduta. Aos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, cabe interpretar esses princípios de acordo com cada circunstância.

O Brasil conheceu os seguintes Códigos de Ética Médica (MARTIN, 1993:305-99):

- a) Código de Ética Médica Adoptado pela Associação Médica Americana (1867), (MARTIN, 1993:305-15);
- b) Código de Moral Médica (1929), (MARTIN, 1993:316-29);
- c) Código de Deontologia Médica (1931), (MARTIN, 1993:330-42);
- d) Código de Deontologia Médica (1945), (MARTIN, 1993:343-56);
- e) Código de Ética da Associação Médica Brasileira (1953), (MARTIN, 1993:357-68);
- f) Código de Ética Médica (1965), (MARTIN, 1993:369-81);
- g) Código Brasileiro de Deontologia Médica (1984), (MARTIN, 1993:382-88);
- h) Código de Ética Médica (1988) (Anexo A).

De acordo com Martin (1993:24-5) a emergência dos códigos de Ética Médica no Brasil se situa na tradição ocidental da Medicina marcada pela escola de Hipócrates e modificada por influências judaico-cristãs no período medieval. Eles se desenvolveram numa matriz secular e filosófica e se tornaram independentes de qualquer formulação de valores religiosos. Refletem a situação pluralista da prática médica do mundo contemporâneo, com princípios embasados e aceitos na Medicina humanística e científica (MARTIN, 1993:35). Desde a época do Império, no Brasil, há inúmeras tentativas de regulamentar e organizar a profissão médica seja através do Estado, seja por iniciativa dos próprios médicos (MARTIN, 1993:38).

O Código atual necessita de uma série de mudanças provocadas pela evolução das novas tecnologias. Urge um reestudo do Código para rever situações novas e/ou omissas. No capítulo referente à Publicidade Médica por exemplo, não há referência a *Internet*, porque na época de sua criação do código não haviam *sites* fazendo publicidade de médicos, clínicas e seus serviços.

Martin (1993) fez um estudo muito detalhado sobre o surgimento e a evolução dos códigos de Ética Médica brasileiros, no livro intitulado "*A Ética Médica diante do paciente terminal*". Ele cita três autores que traçaram elementos cronológicos importantes da Ética Médica brasileira: Jayme Landmann, Heitor Pérez e Guaraciaba Quaresma Gama.

Landmann (1984:220-9) assume uma posição bastante crítica diante da Ética Médica codificada e acredita que é uma ética centrada nos interesses profissionais dos

médicos, relegando ao segundo plano os interesses da sociedade e dos doentes. Apon-ta para a dificuldade em articular e avaliar as tensões entre a beneficência, o paternalismo e a autonomia do paciente. Já Pérez (1974:51-66) adota uma posição menos negativa em relação aos códigos brasileiros, ele atribui aos mesmos o papel de mentores da etiqueta médica. Gama (1985:33-45) faz uma relação dos códigos de Ética Médica com a lei civil, fornecendo dados históricos. Ela reconhece que a maioria dos códigos de Ética Médica vigente na América Lantina, dão a impressão de manuais de etiqueta e cortesia profissionais entre os médicos e as entidades de classe.

Segundo Pérez (1974:58) a primeira organização brasileira que zelou pela Ética Médica foi a Academia Nacional de Medicina, fundada em 1829 com o nome de Sociedade de Medicina, que por decreto de 1835, passou a ter o nome de Academia Imperial de Medicina. Esta instituição testemunhou a fundação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro e o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão de médico em 1851.

### **O primeiro código de Ética Médica brasileiro**

A primeira publicação do código de Ética Médica no Brasil, foi uma tradução portuguesa do Código da Associação Médica Americana, na Gazeta Médica da Bahia em 1867 (MARTIN, 1993:39). Este código trata em forma de artigos os seguintes temas: os deveres dos médicos para com os seus doentes; as obrigações dos doentes para com os médicos; os deveres dos médicos entre si e para com a profissão em geral; os deveres dos médicos quando um interfere no campo de atuação do outro; os deveres do médico para com o público e as obrigações do público para com a profissão.

Em 1927 foi fundado o Sindicato Médico Brasileiro e apesar do movimento sindicalista da época, o novo sindicato não se preocupou apenas com os interesses classistas. Preocupou-se também com as questões éticas florescendo o interesse em códigos de Ética Médica no Brasil e em 1929 publicou o *Boletim do Sindicato Médico Brasileiro*, tradução do Código de Moral Médica (1929) aprovado pelo Congresso Médico Latino-Americano (MARTIN, 1993:39).

Este *Código de Moral Médica* se organiza em 106 artigos, distribuídos entre 11 capítulos e em 14 preceitos que se encontram no Capítulo XII. Os temas tratados são: dos deveres dos médicos para com os enfermos (Capítulo I); dos deveres relativos à manutenção da dignidade profissional (Capítulo II); dos serviços profissionais entre médicos (Capítulo III); dos deveres dos médicos ao se substituírem (Capítulo IV); das conferencias ou consultas médicas (Capítulo V); dos casos acidentais e de substituição médica (Capítulo VI); dos especialistas (Capítulo VII); deveres médicos em certos casos de obstetrícia (Capítulo VIII); do segredo médico (Capítulo IX); dos honorários profissionais (Capítulo X); do Conselho de Disciplina Profissional (Capítulo XI) e preceitos que se recomendam o público seguir em benefício dos enfermos e da harmonia que deve reinar entre o grêmio médico (Capítulo XII) (MARTIN, 1993:40).

Em 1931 durante o primeiro Congresso Médico Sindicalista foi aprovado o *Código de Deontologia Médica* (1931). Este código se assemelha ao anterior com a mesma estrutura, porém com a incorporação de algumas modificações. O capítulo XI tem o título: O médico e a saúde pública e o capítulo XII se denomina: O médico e a justiça (MARTIN, 1993:41).

No seu comentário sobre o Código de 1929, Pérez (1974:51-66) destaca o Capítulo XI que foi absorvido pelo Código de 1931 e o Capítulo XII que foi descartado. O

capítulo descartado tratava das obrigações e não dos direitos do paciente. Em tom irônico, o autor comenta que o capítulo exige que o paciente seja pontual e não importe o médico fora do horário. Deve ser grato, pagar na hora certa, não deve atrasar o médico e não deve incomodá-lo a não ser quando estritamente necessário (MARTIN, 1993:42-3).

No Código de 1945, *Código Brasileiro de Deontologia Médica*, o modelo dominante da relação médico-paciente parece ter sido o *paternalismo benigno*, marcado pela solidariedade e fraternidade (MARTIN, 1993:54-5). Este modelo foi dominante por muito tempo em todo o mundo, mesmo antes deste código ser editado, assim, ele está absolutamente de acordo com a moral da época em que prevalecem os valores do médico e não do paciente.

### Os paradigmas dos códigos de Ética Médica

O paternalismo, citado no parágrafo anterior, pode ser conceituado como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa autônoma, mediante ações justificadas por razões referidas ao bem estar da pessoa que está sendo tratada. Por vezes o paternalismo médico é reconhecido como "*privilégio terapêutico*" (MUÑOZ, FORTES, 1998:61).

Uma das características marcantes do paternalismo é uma relação de dependência que se manifesta na tendência do médico tomar as decisões pelo seu paciente, assumindo o papel de pai (MARTIN, 1993:81). O paternalismo se caracteriza no sentido de o médico estar convencido de que é ele quem sabe o que é melhor para o paciente e que este tem a obrigação de obedecer e seguir seus conselhos (MARTIN, 2002:19).

A benignidade do paradigma predominante na Ética Médica na primeira metade do século XX é baseada em duas regras: fazer o bem e evitar fazer o mal, ao paciente (MARTIN, 2002:22). Estas normas ganham força na Bioética, conforme visto no capítulo anterior, nos princípios de Beneficência e Não-maleficência.

O Código de 1953, Código de Ética, tem um perfil de benignidade humanitária e já não vê a ética apenas como etiqueta, mas uma preocupação com o comportamento dos médicos e o Conselho torna-se o tutor desta conduta (MARTIN, 1993:78).

O artigo 2º, da Lei nº 3.268<sup>24</sup>, de 30 de setembro de 1957, diz explicitamente que:

*O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são órgãos supervisores da ética profissional em toda a república em ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo prestígio da profissão e dos que a exerçam legalmente.*

De acordo com a lei citada nota-se nitidamente que o Código segue novo ideário. A lei 3.268 legitima os Conselhos e dá autonomia para os mesmos para fiscalizar o exercício profissional, tornando-o julgador e fiscalizador do comportamento dos médicos.

O Conselho Federal de Medicina de 1952, de origem sindical e pressionado pela AMB (1953) preparou um projeto-lei que foi enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Café Filho em 1955. Em 1957, o Presidente Juscelino Kubitschek promulgou a lei nº

<sup>24</sup> Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957.

3.268 de 30 de setembro de 1957, criando o atual Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina, até a elaboração do Código de Ética Médica de 1953 da Associação Médica Brasileira (MARTIN, 1993:46).

No Código de 1953 o paternalismo já se encontra enfraquecido, porque alguns artigos que fazem referência ao médico como pai ou educador, tratando o paciente como criança foram retirados (MARTIN, 1993:81).

O crescente desenvolvimento de novos conhecimentos científicos destacou dois elementos da ética médica no período: a virtude e a competência do médico. Na medida em que a Medicina evoluiu tecnicamente, mais ênfase foi dada à competência e diminuiu o valor dado ao caráter do médico. O profissional liberal benigno começa a trabalhar ao lado de médicos funcionários públicos e de empresas, neste trajeto costumes antigos, como atender aos pobres de forma gratuita deixam os códigos, como obrigação (MARTIN, 2002:26-7). Estes acontecimentos denotam claramente uma mudança de paradigma, do modelo paternalista benigno, descrito anteriormente, para outros que ainda estão por vir. Os médicos de formação ampla em humanidades, tornam-se altamente bem formados cientificamente e tecnologicamente, com crescente tendência à especialização (MARTIN, 2002:42).

A partir da criação do Conselho Federal de Medicina foram criados três Códigos de Ética Médica (MARTIN, 1993). O primeiro foi o Código de Ética Médica (1965), o segundo foi o Código Brasileiro de Deontologia Médica (1984) e o Código de Ética Médica (1988), em vigor até os dias de hoje (MARTIN, 1993). O Código de 1984 teve uma vida relativamente curta e foi substituído em 1988, pelo código atual. Este último, foi elaborado a partir da Primeira Conferência Nacional de Ética Médica<sup>25</sup> realizada em novembro de 1987, no Rio de Janeiro e neste evento, Francisco Álvaro Barbosa Costa, então presidente do Conselho Federal de Medicina, recordou que a publicação deste código fazia parte do processo de redemocratização do Brasil e fez questão de frisar que:

*Saúde não é apenas a ausência de doença, mas a resultante das adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso e serviços de saúde* (COSTA, apud MARTIN, 1993:49).

Esta citação é resultado da pluralidade de opiniões que a partir de diversos profissionais dirigiram o atual Código de Ética Médica para um caminho humanista. Esta composição com outras classes profissionais e a participação da sociedade como um todo opinando no código dos médicos é um fato novo e nos leva a crer que é uma grande evolução. A sociedade civil foi ouvida e contemplada nas suas reivindicações, permitindo que a apreciação do que é bem e mal, bom e mau, não fosse apenas um juízo de um grupo profissional, no caso dos médicos.

Martin (2002:14), já em seu novo livro "*Os direitos humanos nos códigos brasileiros de Ética Médica*" afirma que o paternalismo benigno, encontrado nos primeiros códigos de Ética Médica brasileiros, foi gradativamente sendo substituído pelo menos

<sup>25</sup> A Ata desta Conferência datilografada, encontra-se no Conselho Federal de Medicina, em Brasília, sob o título: Primeira Conferência de Ética Médica, Rio de Janeiro, 1987.



por três paradigmas em conflito: o *tecno-científico*, o *comercial-empresarial* e o *benigno-humanitário*.

### **Paradigma tecno-científico**

O *paradigma tecno-científico* se desenvolve com a demanda da competência e da excelência profissional. Neste modelo os valores da ciência e da tecnologia predominam os demais e há uma tendência em conceituar saúde como ausência de doença. Neste paradigma a morte é o inimigo e todos os meios técnicos e científicos devem ser usados para afastá-la ou vencê-la (MARTIN, 2002:44).

Este conceito amplamente adotado a partir das novas descobertas e com o desenvolvimento de aparelhagens e equipamentos de última geração esqueceu da pessoa humana e do doente. O paciente não era visto como pessoa, o que era estudado era a doença. Contrário a este princípio, há um senso comum que costuma afirmar que seria da autoria do Prof. Miguel Couto o adágio que: *“Não existem doenças, existem doentes”*.

É o modelo em que a ciência passa a dominar, obrigando o médico a se atualizar freqüentemente e a comprar sempre os últimos modelos, tornando-se refém de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica.

### **Paradigma comercial-empresarial**

O paradigma comercial-empresarial emerge como conseqüência dos altos custos da Medicina tecnológica e científica. Neste modelo predominam os valores econômicos. Só é atendido quem pode pagar pelos serviços prestados e o médico deixa de ser um profissional liberal para tornar-se assalariado e nem sempre bem pago. Para os adeptos deste paradigma os valores relativos ao doente só interessam à medida que geram lucro. Este conceito é a privatização da Medicina, dos hospitais e clínicas, dominados pelos planos de saúde (MARTIN, 2002:45-6). O paciente perde a autonomia, tornando-se um brinquedo na mão dos manipuladores dos exames e procedimentos, sejam médicos, técnicos ou outros profissionais da área de saúde e administradores das empresas mantenedoras dos planos de saúde.

Neste caso observa-se a apropriação dos serviços médicos, ou da Medicina pelo capital. Este modelo está em absoluta consonância com o sistema vigente. O médico deixa de ser um profissional autônomo, determinando o valor de sua consulta para tornar-se um funcionário de empresas capitalistas, bancos ou seguradoras, que resolvem quanto o médico deve receber pelo seu trabalho. A precarização do emprego através de cooperativas médicas e de convênios, também fazem parte da realidade atual.

Através de uma teia bem articulada, o profissional liberal deixa espaço para o trabalhador em regime de plantões. Este se obriga a múltiplos empregos, nem sempre em condições ideais para o bom desempenho profissional, com a finalidade de prover o auto-sustento e o sustento da família, fazendo, desta forma, a roda do capitalismo rodar.

### **Paradigma benigno-humanitário**

A benignidade reflete o médico virtuoso. O paradigma benigno-humanitário é uma crítica aos outros dois, ao tecno-científico e ao comercial-empresarial. Neste modelo há uma semelhança com ao paternalismo benigno, já descrito anteriormente, que diz respeito à benignidade. No paradigma benigno humanitário há uma dignidade fundamental, como valor universal que exige respeito no trato com todos os cidadãos e não somente com os pacientes. O médico inserido neste contexto o faz, porque esta é a

forma dele se relacionar com qualquer ser humano, respeitando os casos que percebe vulnerabilidade e emprestando proteção. Martin ( 2002:56) acredita que:

*[...] a mudança de foco do sujeito da benignidade (o médico virtuoso) para o objeto dessa benignidade (o ser humano portador de direitos e dignidade fundamentais) um dos motivos que nos permite afirmar que estamos na presença de um novo paradigma emergente.*

Esta citação, assim como a configuração do novo paradigma pode consubstanciar uma problematização conceitual ampla, lançando o paradigma benigno-humanitário como uma nova conduta para esta caminhada. É o caminho da dignidade, do respeito ao outro, vista com entusiasmo pelos defensores dos direitos humanos. A dificuldade se referencia ao entendimento da diferença entre o *paternalismo benigno* e o *benigno-humanitário*. O que seria o acolhimento da dignidade? Não seria uma virtude? Não seria também virtuoso o médico que respeita as pessoas, independentes de serem pacientes e as trata com dignidade? Acredita-se que, o que difere entre os dois paradigmas, ora em discussão, não é a presença ou a ausência de virtude e sim da autonomia. A benignidade une os dois modelos. O novo conceito respeita a autonomia do paciente e o médico já não trata o paciente como se fosse seu pai, ou seu professor, exigindo do mesmo o acatamento de suas determinações. Neste modelo observa-se a ausência da autonomia. No modelo emergente apesar da fragilidade do doente sua autonomia está garantida e seus desejos respeitados.

Ainda Martin (2002:59-60) defende que a sociedade pode se organizar e desenvolver uma política que acabe com as situações de injustiça social. Refere que o Brasil, em sintonia com este pensamento, preparou a Oitava Conferência Nacional de Saúde<sup>26</sup> que estabeleceu como conceito de saúde não só a ausência da doença, mas acima de tudo a aquisição de uma série de benefícios como alimentação e moradia, no intuito de promover o bem estar pessoal e social. Esta formulação influenciou demasiadamente o CEM de 1988 quando cita:

*A Medicina, enquanto profissão, tem por fim a promoção, preservação e recuperação da saúde, e seu exercício é uma atividade eminentemente humanitária e social. É missão do médico zelar pela saúde das pessoas e da coletividade, aliviar e atenuar o sofrimento de seus pacientes, mantendo o máximo de respeito pela vida humana, não usando os seus conhecimentos contrariamente aos princípios humanitários (MARTIN, 2002:59-60).*

O código de 1988 supra citado tem suas raízes e está centrado numa visão humanista e por este motivo, acredita-se que este eixo desencadeia o paradigma emergente, da benignidade humanitária. Esta doutrina se distancia dos dois outros paradigmas, que não encontram guarita no CEM atual. Esta ideologia é norteadora do comportamento dos médicos e admite o diálogo com o paciente, desaguando na edificação da cidadania.

<sup>26</sup> Oitava Conferência de Saúde - realizada em 1986.

No paradigma da benignidade humanitária a morte deixa de ser a inimiga a ser vencida. Todo esforço em salvar o doente fica mantido, no entanto, em ocasiões em que se instala um processo irreversível de morrer e esgotam-se todas as possibilidades de tratamento, esta situação não é encarada como um fracasso tecno-científico, levando ao abandono do paciente. Neste caso é possível transpor da terapia curativa para a paliativa, seriam os cuidados, promovendo e mantendo o bem estar e conseqüentemente a saúde do paciente (MARTIN, 2002:60).

*A benignidade entra no mundo do outro, sofre com ele (ou com ela) e forja novos laços de solidariedade baseada na fraternidade universal e nos direitos fundamentais reconhecidos como sendo de todos. Já que tal parceria não é mecânica, mas um relacionamento entre seres humanos que se complementam mutuamente, parâmetros éticos são fundamentais* (MARTIN, 2002:62).

Outro fato de extrema relevância a ser descrito é o descuidado e o distanciamento com a ética, observado nos paradigmas tecno-científico e comercial-empresarial (MARTIN, 2002:61). É perceptível um certo receio do controle que a ética possa fazer com o lucro e com a o conhecimento científico, que são os valores supremos destes dois paradigmas. O paradigma benigno humanitário, contrariamente aos outros dois, anda de mãos dadas com a ética, sem é claro abandonar a boa técnica. Martin (2002:61) relata ainda:

*É uma ciência que procura saber não apenas o que é possível fazer, mas, também, o que se deve fazer ou deixar de fazer, e o porque dessa ação ou dessa omissão.*

### **Um código humanista**

A Declaração de Genebra<sup>27</sup>, de franco teor humanitário, sustenta na primeira linha que o médico deve consagrar sua vida a serviço da humanidade.

A partir do código de 1988 emerge a figura do médico cujo mundo não se restringe ao universo do paciente e que tem uma consciência social. Abre a possibilidade de uma reflexão sobre os direitos humanos como categoria fundamental para a atuação ética do médico (MARTIN, 2002:76).

Este axioma é visível no artigo 1º/1988 do CEM, quando diz:

*A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza* (CEM, 1988).

França (2000:1) descreve que o código atual foi produzido de maneira que ele não representa apenas um repositório de "ética codificada", analisando o significado e a natureza do comportamento médico, mas acima de tudo um compromisso do médico em favor da sociedade e, em particular, do ser humano assumindo uma dívida com a

<sup>27</sup> Declaração de Genebra (1948) - adotada pela World Medical Association.

comunidade. Este pensamento descrito pelo autor citado é flagrante nos princípios do CEM e também no preâmbulo vê-se esta linha bem demarcada.

Os códigos de ética representam a consolidação dos princípios éticos assumidos por uma sociedade, entretanto, deve-se considerar que estes princípios são mutáveis e os códigos habitualmente tornam-se retrógrados em relação ao pensar ético, portanto, é recomendável sua análise crítica e revisão periódica.

Martin (2002:83) analisa ainda que a doutrina dos direitos humanos está tão imbricada nos códigos de Ética Médica brasileiros, influenciando os médicos a tratarem com benignidade, humanidade e solidariedade qualquer ser humano, que se espera que ocorra o mesmo no exercício profissional fazendo da relação médico-paciente o que a sociedade e seus atores esperam do médico, ou seja, a presença do acolhimento que de certa forma já está codificado.

D'Ávila (2002:116) acredita que o Código de Ética Médica deve deixar de ser denominado deontológico ou diceológico ou de ética, para ser um código de princípios da profissão médica ou um código de conduta ou de comportamento moral dos médicos. Concorde-se com o pensamento do autor quanto à proposição de mudança do nome de *Código de Ética Médica* para código de conduta.

Martin (2002) fez um estudo detalhado e aprofundado desvendando a essência dos códigos de conduta médica brasileiros. Neste trabalho detecta-se a presença e a evolução de alguns paradigmas. Inicialmente, estes princípios foram orientados pela tradicional Medicina Hipocrática e posteriormente, foram mudadas para contemplar as influências judaico-cristãs. Isto pode ser notado nos juramentos dos formandos em Medicina, que se baseava nos Santos Evangelhos no período da criação das EM brasileiras.

No código atual há uma flagrante contribuição humanista, através do paradigma benigno-humanitário. Este novo paradigma pode evoluir de forma articulada, transformando o comportamento médico frente ao paciente e à sociedade. Apesar do fundante deste conjunto de normas ser bem aceito, sinaliza-se para uma atualização decenal, para que as novas descobertas tecno-científicas possam estar contempladas neste material.

O CEM brasileiro atual já é uma grande conquista para a sociedade brasileira contemporânea. A despeito da necessidade de atualização para considerar novos procedimentos inerentes a evolução técnico-científica, porque ele abarca a mentalidade e a linha de pensamento humanista que emerge no mundo neste início de século.

## Referências:

---

- Aguiar, R. A. R. Ética e direitos humanos. In: ASSAD, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Code De Déontologie Médicale. Décret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant Code de déontologie médicale (J. O. du 30 juin 1970), remplaçant le décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955 modifié par le décret n° 77-683 du 21 juin 1977.
- Código de Ethica Médica Adoptado pela Associação Médica Americana. *Gazeta Médica da Bahia*, ano 2, n° 32, 31 de outubro de 1867, p.86-7.
- Código de Moral Médica, tradução do Código de Moral Médica aprovado pelo VI Congresso Médico Latino-Americano feita pelo Dr. Cruz Campista, *Boletim do Sindicato Médico Brasileiro*, n°8, agosto de 1929, p. 114-123.
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Conselho Nacional de Deontologia Médica. *Revista Ordem dos Médicos*, Lisboa, 1985.
- Cohen, C.; Segre, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In Segre, M.; Cohen, C. *Bioética 2ª ed. Ampliada*. São Paulo: EDUSP, p. 13-22, 1999.
- Confederation Medica de la Republica Argentina. *Código de ética*. Buenos Aires, 1964. 24p.
- Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM n° 1246/88, Brasília/Rio de Janeiro, 1988.
- D'ávila, R. L. É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular? Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1): 115-26, 2002.
- Dias, J. A. A ética e o direito. In: ASSAD, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Enciclopédia Britânica. Disponível em: <<http://www.britannica.com/eb/article>>. Acesso em: 25 jul. 2004.
- Gama, G. Q. A legislação da Ética Médica. Academia Nacional de Medicina, *Ética Médica: Fórum Nacional*, Rio de Janeiro, 1985.
- Gomes, J. C. M. Erro médico. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. *Iniciação à Bioética*. Brasília, DF, 1998.
- Landmann, J. *A outra face da Medicina: um estudo das ideologias médicas*. Salamandra Editora, Rio de Janeiro, 1984.
- Ludwig, H. & Co., *Code os Medical Ethics*. New York: 1848.
- Martin, L. M. *A Ética Médica diante do paciente terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica*. Editora Santuário, SP, 1993.
- Muñoz, D. R.; Fortes, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. *Iniciação a Bioética*. Brasília, DF, 1998.
- Percival, T. *Medical ethics; or a code of institutes and precepts, adapted to the professional conducts of physicians and surgeons*. London, Manchester, 1803.
- Peréz, H. *Conselhos de Medicina: origens, evolução e finalidades*. CREMEG, *Ética Médica*, Rio de Janeiro, 1974.
- Tenório, R. M. *Computadores no ensino: máquinas abstratas para um ensino concreto*. 1989. 174p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador.



# Capítulo 4

## ENSINO MÉDICO NO BRASIL: ORIGENS

### O ensino dos jesuítas no Brasil

O contexto histórico e os determinantes socioeconômicos-políticos da época da criação das primeiras escolas médicas brasileiras, ajudam a ponderar a organização escolar na conjuntura da consolidação do modelo agrário-exportador dependente (1549-1808) que compreende a fase jesuítica da escolarização colonial e na fase “*joanina*”<sup>28</sup>. Esta última, já na crise do modelo agrário-dependente e do início da estruturação do modelo agrário-comercial exportador (1808-1850), quando então foram criadas as primeiras EM brasileiras.

No período do Brasil colônia os portugueses se dispuseram a vir para organizar a escravidão e buscar satisfazer aos interesses da burguesia mercantil portuguesa, porque possibilitavam a produção a baixo custo. Foi desta maneira que a produção açucareira tornou-se a única base econômica colonial até meados do século XVII. Diante desta contextualidade social, a instrução interessava a camada dirigente, ou seja, a pequena nobreza (pequena burguesia) e a seus descendentes, que segundo o modelo de colonização adotado, deveria servir de articulação entre os interesses metropolitanos e as atividades coloniais. Verifica-se desta maneira a formação dos colégios jesuítas, como instrumento da elite colonial (RIBEIRO, 2003:20-23).

A vinda dos padres jesuítas para o Brasil, em 1549, inaugura a primeira e mais longa fase da educação brasileira. Importante não apenas pelo vulto da obra realizada, mas, sobretudo pelas conseqüências para a cultura e civilização. Na chegada do primeiro governador-geral *Tomé de Sousa* à Bahia, aportaram com ele seis jesuítas da *Companhia de Jesus*, cujas bases foram lançadas em 1534, na capela de Mont-martre por *Inácio de Loyola* e seus companheiros (AZEVEDO, 1976:9-10).

Segundo Serafim Leite:

*[...] enquanto se fundava a cidade do Salvador, quinze dias depois de chegarem os jesuítas, já funcionava uma escola de ler e de escrever, - início daquela sua política de instrução, que eles haviam de manter inalterável através dos séculos de abrir sempre uma escola onde quer que erigissem uma igreja (SERAFIM LEITE apud AZEVEDO, 1976:11).*

Este grupo de religiosos tinha o objetivo claro da educação e através dela perpetuar seus valores e crenças, assim como, possibilitar o domínio da população. Foi inacreditavelmente precoce a inserção dos jesuítas no Brasil. Eles trouxeram coragem e

<sup>28</sup> Fase *Joanina* – refere-se ao período de D. João VI

determinação em sua bagagem e antecederam a todas as outras tentativas de ensino portuguesas.

A cultura escolar jesuítica foi sistematizada e ordenada no século XVII, pelo *Ratio Studiorum atque Institutio Societatis Jesu*<sup>29</sup>, que se associou à política católica portuguesa para definir o conjunto de normas, condutas e saberes a serem inculcados nos cidadãos (HANSEN, 2001:13).

O ensino dos jesuítas era elitista e livresco, apartado da realidade, sinalizando para a proximidade entre a cultura escolar e o ideal de homem do período. A educação seiscentista pretendia fazer os índios viverem sob a lei natural e sob as leis do Império português (VIDAL *et al.*, 2001:10). O plano elaborado visava instruir os descendentes dos colonizadores e apenas catequizar os indígenas. Vale ressaltar, que a formação intelectual dos jesuítas era marcada por uma imensa “*rigidez*” de pensamento, e conseqüentemente, de interpretação da realidade (RIBEIRO, 2003:23-25). Pode-se constatar esta afirmativa com um trecho das regras do *Ratio*, que dizia:

*Se alguns forem amigos de novidades ou de espírito demasiado livre devem ser afastados sem hesitação do serviço docente* (PAIM, 1967:28 *apud* RIBEIRO, 2003:25).

A educação jesuítica teve inicialmente o objetivo da catequese, porém, foi logo substituído pela educação restrita dos filhos da elite, que posteriormente concluiriam os estudos na Europa. Os chamados “*tempos heróicos*” dos primeiros 21 anos (1549-70) da educação jesuítica foram comandados pelo Padre Manuel da Nóbrega e era destinada aos mamelucos, os indígenas (especialmente os filhos de caciques) e os filhos dos colonos brancos dos povoados (ZOTTI, 2004:16).

Em 210 anos, aproximadamente dois séculos, eles foram praticamente os únicos educadores no Brasil. Outros religiosos como os carmelitas, os franciscanos e beneditinos, se fixaram mais tardiamente, em torno de 1580, no entanto estes se dedicavam mais à pregação, não valorizando a função educadora no plano de atividades dos jesuítas (AZEVEDO, 1976:10-11).

Os recursos econômicos da Companhia de Jesus eram resultantes do “*Padrão de Redizima*”, cobrados desde 1564, e calculados a partir de 10% dos dízimos (impostos) reais, em todas as capitanias da colônia e seus povoados. Além disso, destacamos que as missões jesuíticas foram à base da economia florestal amazônica, durante a primeira metade do século XVII, com grande lucro (RIBEIRO, 2003:28).

Em relação aos jesuítas, Ribeiro (2003:28) afirma que: “*A importância social destes religiosos chegou a tal ponto, que se transformaram na única força capaz de influir no domínio do senhor de engenho*”. O domínio dos jesuítas foi atingido através dos colégios, do confessionário, do teatro e particularmente do terceiro filho, que deveria seguir a vida religiosa (o primeiro seria o herdeiro e o segundo, o letrado).

Gilberto Freire (*apud* AZEVEDO, 1976:21) descreve:

*No primeiro século de colonização o colégio dos jesuítas chegara a fazer sombra à casa-grande e aos sobrados patriarcais, na sua autoridade sobre o menino, a mulher e o escravo. Procuraram enfraquecer a autoridade do pater-famílias em duas de suas raízes mais poderosas.*

<sup>29</sup> *Ratio* significa plano, ordem, regra, razão, etc; *institutio* é modo, maneira. Podemos traduzir *Ratio Studiorum atque Institutio* por **Ordem e Maneira dos Estudos**.



Esta citação traz subsídios para compreender o domínio dos padres jesuítas à época. Através da educação inculcavam valores que permitiam e lhe consignavam procuração para tencionar o poder hegemônico dos senhores de escravos.

De acordo com Azevedo (1976:24) os jesuítas, apesar de humanistas por excelência, seguiam o espírito da Idade Média formando letrados e eruditos, contudo com total distanciamento pelas ciências e repugnância pelas atividades artísticas. A educação dominada pelo clero na península ibérica era apegada aos dogmas católicos e à autoridade, mantendo fechado o espírito crítico e de análise experimental, tudo estava sob o manto das trevas.

### **A reforma pombalina**

Portugal chegou em meados do século XVII, com a Universidade de Coimbra com os mesmo moldes medievais de sua origem. A filosofia moderna, a ciência físico-matemática e os novos estudos lingüísticos eram completamente desconhecidos em Portugal. O ensino jesuítico mantinha ainda os moldes do *Ratio Studio*. Contrário a este pensamento, a intelectualidade sugere programas de modernização originários no “*movimento iluminista*” que toma corpo no final do século XVII. O então ministro de Estado, Marques do Pombal, em 1772, tenta tornar este programa concreto através de reformas na área da educação (RIBEIRO, 2003:32).

Podemos notar esta determinação nos escritos de Carvalho (1952:15) que se segue:

*As reformas, entre as quais as da instrução pública, traduzem, dentro do plano de recuperação nacional, a política que as condições econômicas e sociais do país pareciam reclamar* (CARVALHO apud RIBEIRO, 2003:32).

O Marques de Pombal<sup>30</sup> em 1759, expulsou os jesuítas do reino e dos seus domínios. Este fato originou-se numa série de medidas radicais de outros países e que culminaram, na supressão total da Companhia de Jesus pelo Papa Clemente, em 1773. A consequência desta medida de expulsão representou não apenas numa reforma, mas na destruição de todo sistema colonial do ensino jesuítico (AZEVEDO, 1976:46).

O motivo da expulsão, segundo Ribeiro (2003:33) era o fato da Companhia ser um empecilho na conservação da unidade cristã e da sociedade civil. Na época o Estado invocou que a Companhia era detentora de um poder econômico que deveria ser devolvido ao governo e que educava o cristão a serviço da ordem religiosa e não dos interesses do país.

O ardor apostólico, a disciplina, a capacidade de organização, assim como a serenidade e a resignação, fizeram com que os jesuítas partissem para o exílio, segundo Azevedo (1976:47): “[...] *silenciosos como soldados que dobram suas tendas [...]*”.

Para se ter uma idéia da grandeza do trabalho dos jesuítas e da extensão da sua aparelhagem educacional, quando o Marques de Pombal dispersou os padres da Companhia, expulsando-os e confiscando seus bens, foram fechados de um momento para

<sup>30</sup> Marques de Pombal – Sebastião de Carvalho e Melo.

o outro 24 colégios no Reino e 25 na Colônia, além das residências, seminários e missões (AZEVEDO, 1976:47).

Segundo Cunha (1986:38) a Companhia de Jesus por manter um intenso comércio sem se sujeitar aos impostos ditados pelo rei e por defenderem abertamente o feudalismo dificultando a ascensão do capitalismo, foi expulsa do império português acarretando grandes transformações no panorama escolar.

De acordo com Azevedo (1976:45) as alegações e justificativas para as ações descritas se fizeram a partir das denúncias de que a Companhia de Jesus perdera o espírito de seu fundador e entrara em decadência, dominada pela ambição do poder e de riquezas. Desta forma, procurava manobrar os governos como instrumento político ao sabor de suas conveniências e contrariava os interesses nacionais.

A orientação educacional adotada a partir da reforma pombalina era simplificar e abreviar os estudos, fazendo que um maior número de pessoas se interessasse pelos cursos superiores. Surge então, o ensino público propriamente dito. Não mais aquele financiado pelo Estado e que formava o indivíduo para a Igreja, e sim o financiado pelo Estado e com fins para o Estado (RIBEIRO, 2003:33-5). Assim, acredita-se que esta reforma faz a ruptura definitiva entre Estado e Igreja, deixando o sistema medieval no passado e adentrando para o sistema capitalista.

A reforma pombalina, na opinião de Azevedo (1976:53), golpeou profundamente o ensino básico geral, sem qualquer plano sistemático de substituição dos estudos, e ainda cortou o desenvolvimento do ensino para os planos superiores, na evolução pedagógica.

De acordo com Zotti, (2004:25) a reforma pombalina teve como objetivo a recuperação econômica de Portugal, na tentativa de modernizar o ensino e a cultura. Isso demonstra que não foi somente um movimento anti-religioso, mas sim uma remodelação dos métodos educacionais.

Esta assertiva pode ser ressaltada por Carvalho quando afirma:

*As reformas foram [...] um esforço no sentido de colocar as escolas portuguesas em condições de acompanhar com êxito o progresso do século (CARVALHO, 1978:26 apud ZOTTI, 2004:25).*

O desmonte da educação jesuítica ocorreu num momento crítico quando a Colônia se preparava para a urbanização e a diversificação das atividades, dessa forma se depara com a amarga realidade de nada ser colocado, no lugar deste ensino. Foi o desmantelamento completo da educação brasileira (ZOTTI, 2004:27-32). No governo seguinte, de D. Maria I, ocorre o movimento de combate ao “*pombalismo*” na tentativa de retornar à tradição. Esta agitação ficou conhecida com o nome de “*Viradeira*” (RIBEIRO, 2003:36).

Durante a primeira metade do século XIX, a tensão entre submissão e emancipação da Colônia vai dando lugar à segunda, reivindicando a abertura dos portos que poderia trazer a autonomia política. Quando Portugal é invadido pelas tropas francesas, em 1807, a família real e a corte se vêm obrigadas a virem para o Brasil, antecipando a decretação da desejada abertura, que acaba acontecendo em 1808. A necessidade da instalação imediata do governo português em território colonial obrigou uma reorganização administrativa, principalmente no Rio de Janeiro, que contava na época com aproximadamente 45.000 habitantes e veio a receber mais de 15.000 pessoas (RIBEIRO, 2003:39-40).

A partir desta nova realidade e em razão da defesa militar, são criadas, a Academia Real de Marinha (1808), a Academia Real Militar (1810), a Escola Politécnica (1874) e em 1808 o curso de cirurgia na Bahia que se instalou no Hospital Militar, além dos cursos de cirurgia e anatomia, no Rio de Janeiro. Estes cursos representam a inauguração do nível superior de ensino no Brasil (RIBEIRO, 2003:41).

### **O ensino médico no Brasil**

As origens do ensino médico no Brasil, por óbvio, são portuguesas. Inicialmente, antes da criação das EM brasileiras, os médicos brasileiros se formavam em Portugal. Os caminhos do currículo das EM desde a sua formação até a atualidade, passam pelas diversas reformas introduzidas neste período.

O fato de não existirem faculdades de Medicina no Brasil não eliminava a presença de médicos no país. Santos Filho (1977:277) ressalta que a grande maioria dos médicos era oriunda da Faculdade de Coimbra, Portugal.<sup>31</sup> O ensino de Medicina nessa faculdade até o final do século XV era feito por apenas um “*lente*”,<sup>32</sup> quando foi introduzida uma nova cadeira e o número de docentes passou para dois. Os alunos faziam as leituras de Galeno pela manhã e Hipócrates à tarde.

Até o século XV o ensino da Medicina era atribuído e destinado aos religiosos, mas a partir de então leigos, na sua grande parte judeus, passaram a se interessar por ela. Apenas em 1540 foi introduzida a leitura de autores árabes. A Medicina era denominada física e os médicos eram chamados de físicos (REGO, 2003:24).

No período da Santa Inquisição, por questões de princípios religiosos, a cirurgia foi relegada a um plano inferior e abominada. As pavorosas epidemias assolaram toda Europa, até porque não se conheciam os preceitos elementares de higiene e um fanatismo religioso dominou os espíritos da época. Em 1562 foi introduzida a prática hospitalar, modificando, portanto o modelo baseado apenas na leitura de textos. A despeito destas modificações os médicos que chegaram ao Brasil vinham impregnados pelo obscurantismo religioso que dominava a Península Ibérica (REGO, 2003:24-5).

A reforma pombalina, já citada e discutida anteriormente, realizou mudanças também no currículo médico exigindo ao candidato no ingresso na escola médica o conhecimento prévio do grego, da filosofia e pelo menos de uma língua estrangeira podendo escolher entre inglês e francês (REGO, 2003:26).

Destaca-se as mudanças ocorridas, através dos escritos de Santos Filho (1977: 291) que descreve:

*Cursaria então, as matérias das faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após os exames, no curso médico, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia no primeiro; anatomia, prática das operações e arte obstétrica, no segundo; instituições (teoria médica) com a prática da Medicina e da cirurgia no hospital, no terceiro; aforismos (de Hipócrates e Galeno), continuando com a prática no hospital, no quarto; prática da Medicina e da cirurgia, novamente no hospital, no quinto e último ano.*

De acordo com Pereira (1985:182) o marco histórico do ensino médico no Brasil foi a criação da primeira Faculdade de Medicina brasileira, na oportunidade da chegada da

<sup>31</sup> A universidade de Coimbra foi criada em 1290 e alterou sua localização entre Lisboa e Coimbra (REGO, 2003:24).

<sup>32</sup> Os professores eram chamados de lentes, porque apenas liam os textos (REGO, 2003:24).

família imperial. Esta faculdade foi criada em 18 de fevereiro de 1808, por ato de D. João VI, na Bahia e resiste ao tempo, ainda localizada no Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador. No mesmo ano, foi criada através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.

A criação de EM brasileiras foi um importante fator para a construção do currículo e da qualificação de médicos brasileiros. Essa sistematização suspendeu a ida de alunos a Portugal para a formação médica e no evento causou grande impacto no contexto acadêmico da época.

A faculdade baiana foi denominada à época de Colégio Médico Cirúrgico da Bahia e a carta régia de criação foi assinada por D. Fernando José de Portugal, então Marques de Aguiar e Ministro e Secretário do Estado dos Negócios do Brasil e do Conselho do Estado de D. João VI. Este Colégio funcionava no Real Hospital Militar da Bahia e foi instalado no convento que anteriormente era ocupado pelo Colégio dos Jesuítas (TORRES, 1946:10).

O decreto de fundação do ensino médico na Bahia seguia algumas instruções. Selecionamos duas a conhecer:

*O professor de cirurgia dará as lições no verão pelas sete horas da manhã, no inverno pelas oito, as quais durarão hora e meia, três quartos para tomar as ditas lições explicadas no dia antecedente e outros três para a nova explicação (PEREIRA, 1923:5).*

*O curso cirúrgico deve durar quatro anos. He de lei, os quaes terminados poderão passar as certidões competentes, declarando se o Discípulo está capaz de fazer o seu exame e de dignamente encarregar-se da saúde publica e tudo com juramento dos Santos Evangelhos [...] (PEREIRA, 1923:6).*

Para matricular-se no 1º ano era necessário que o candidato soubesse ler e escrever e no 2º ano era exigido o exame de língua francesa (TORRES, 1946:12).

Em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos (LAMPERT, 2002:50). Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações. Foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas e de acordo com Cunha (1986:102-3) com as seguintes disciplinas: Física Médica, Química Mineral e Mineralogia Médicas, Botânica e Zoologia Médicas; Anatomia Descritiva, Histologia Teórica e Prática, Química Orgânica e Biologia; Fisiologia Teórica e Experimental, Anatomia e Fisiologia Patológica, Patologia Geral; Patologia Médica, Patologia Cirúrgica, Matéria Médica e Terapêutica, Especialmente Brasileira; Obstetrícia, Anatomia Cirúrgica, Medicina Operatória e Aparelhos, Farmacologia e Arte de Formular; Higiene e História da Medicina, *Medicina Legal* e Toxicologia; Clínica Médica de Adultos, Clínica Cirúrgica de Adultos, Clínica Obstetrícia e Ginecologia; Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças, Clínica Oftalmológica, Clínica de Moléstias Cutâneas e Sifilíticas, Clínica Psiquiátrica;

Nesta proposta a Disciplina de Ética Médica se mantém ausente, entretanto, já se pode vislumbrar a inclusão do curso de Medicina Legal, que tomava para si as discussões éticas e os comentários relativos ao comportamento médico.

Em 1826 a Lei de 9 de setembro outorga às escolas brasileiras o direito de conferir cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*”. Em 1832, as EM foram denominadas de Faculdades de Medicina e o curso de graduação foi estendido para seis anos. Em 1879 foi promulgada a chamada “*lei do ensino livre*”, porque abriu as portas para a iniciativa privada (LAMPERT, 2002:48).

A criação do Conselho Federal de Medicina (1945) e dos Conselhos Regionais trouxe uma nova ordem à categoria, através da autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969 o Conselho Federal de Educação - MEC ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais, estabelecendo o currículo mínimo. Em 1997 o edital do MEC – SESu expõe parâmetros para as Instituições de Ensino Superior e comunidades interessadas apresentarem propostas de novas Diretrizes Curriculares, para definirem as competências e habilidades necessárias para a formação do médico. O primeiro Exame Nacional de Curso para Medicina foi realizado em 1999, pelo MEC. Finalmente, em 2001, é homologada a Resolução<sup>33</sup> do CNE – CES pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina (LAMPERT, 2002:48-51).

A formação atual dos médicos brasileiros está a cargo das EM que hoje ultrapassam o número de 100 unidades, entre públicas e privadas e estão reunidas em torno da ABEM (LAMPERT, 2002:47).

### **A Reforma Flexner e seus impactos**

A reforma Flexner passou a ser um novo paradigma da educação médica, a partir das novas descobertas da era moderna. Estas mudanças ocorreram no início do século XX baseada no cientificismo da época e trazidas para o Brasil como condição categoricamente necessária dos novos tempos.

O conceito de paradigma descrito por Kuhn (LAMPERT, 2002:63) seriam as seqüências de entendimentos tácitos compartilhados. De acordo com Chaves (1996, *apud* LAMPERT, 2002:63) este conceito, “*stricto sensu*”, não se aplica à educação das profissões de saúde, ou mesmo à educação médica em particular. Entretanto, o termo paradigma vem sendo usado, “*lato sensu*”, para designar o modelo dominante de educação médica influenciado pelos estudos de Flexner<sup>34</sup>.

A reforma Flexner ocorreu em 1910, nos Estados Unidos e deflagrou um processo de transformações na educação médica naquele país, de acordo com o Conselho de Educação Médica<sup>35</sup> (REGO, 2002:29).

Nas EM brasileiras predominava a influência da Medicina francesa e a partir da Reforma Universitária de 1968 (Lei 5.540/68) passaram a adotar oficialmente o modelo americano. As cátedras foram substituídas pelos departamentos e o ensino ficou dividi-

<sup>33</sup> Resolução nº 4 de 07 de novembro de 2001.

<sup>34</sup> **Abraham Flexner** foi um educador, graduado em Química, que fez um estudo da situação das escolas e da educação médica americana e canadense, por encomenda da American Medical Association (AMA), à Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino, resultando no Relatório Flexner, publicado em 1910 (*Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nova York, 576 p.) (LAMPERT, 2002:64).

<sup>35</sup> A **AMA** estabeleceu a reforma do ensino médico como prioridade e criou um Conselho de Educação Médica composto por cinco docentes médicos das principais universidades do país (REGO, 2003:31).

do em dois ciclos principais, o básico nos dois primeiros anos e o ciclo profissionalizante, nos anos subsequentes (LAMPERT, 2002:65).

As repercussões do relatório Flexner no Brasil foram tardias, de acordo com Rego (2003:33). O modelo universitário brasileiro à imagem do modelo europeu foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da reforma universitária, iniciativa da época do governo militar. Até este período observa-se a completa indiferença às disciplinas da área de humanas e não há referência ao curso de Ética Médica.

Segundo Kuhn (*apud* LAMPERT, 2002:64), duas condições devem ser preenchidas pelo novo paradigma: Resolver problemas detectados que o paradigma anterior não tenha conseguido resolver; Preservar uma parte substantiva do que foi construído pelo paradigma velho.

O paradigma flexneriano, como a grande maioria das transições paradigmáticas, não foi simples. Até porque, de acordo com Chaves (2000:11 *apud* LAMPERT, 2002:64) a transição paradigmática trata-se de uma desconstrução e reconstrução a serem feitas sincronicamente. Este autor afirma: *“É como reformar uma casa que continua sendo habitada”*.

O modelo de ensino médico brasileiro atual foi fundamentado nos princípios baseados na reforma flexneriana, que incluiu em seu relatório sugestões para transformar o ensino nas EM (REGO, 2003:31-2): exigência da graduação de nível superior para o ingresso na faculdade de Medicina e extensão do curso para quatro anos com mais um ano de internato após a graduação; obrigatoriedade do ensino laboratorial; estímulo à contratação de docentes, mesmo clínicos, em tempo integral; expansão do ensino clínico, principalmente em hospitais; vinculação das EM às universidades; ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a educação médica ao desenvolvimento das ciências médicas; estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino.

O nome de Flexner passou a ser associado a um modelo rígido de ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional. Este modelo é altamente criticado por Camargo (1996:48) quando diz:

*[...] a pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, [...]*

Na citação há uma profunda crítica ao modelo flexneriano pelo enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista. Hoje, busca-se justamente resgatar o humanismo esquecido e abandonado neste período.

Rego (2003:39) faz questão de ressaltar que:

*Lembremos que a grande transformação observada na Reforma Flexner foi justamente à busca da adequação do ensino médico aos avanços do conhecimento científico de seu tempo.*

Lampert (2002:65) acredita que:

*[...] não basta que Flexner tenha exortado ao humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações.*

Segundo Lampert (2002:67) a forma de ensino de Medicina no contexto do paradigma flexneriano se caracteriza por: pela predominância de aulas teóricas, enfocando a doença e o conhecimento fragmentado; pelo fato do processo de ensino-aprendizagem estar centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas; pela prática desenvolvida predominantemente no hospital; pela capacitação docente centrada unicamente na competência tecno-científica; pelo mercado de trabalho referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos de diagnóstico e os encaminhamentos.

Este modelo enfatiza as especializações precoces, fazendo que o estudante de Medicina se torne um pseudo-especialista ainda no período de graduação. Este arquétipo pode ser o responsável pela dificuldade de formar um médico generalista.

Na conferência de abertura do 38º Congresso Brasileiro de Educação Médica, em setembro de 2.000, em relação às reformas e ao cientificismo citados, o professor José Paranaguá Santana (2000:5) manifestou as seguintes considerações:

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

O modelo da reforma aludida é o modelo tecnicista que privilegiou a criação das especialidades. Este modelo é incompleto, a medida que exclui as ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio-psico-social, com sua rede de relações e sua diversidade. Concorde-se com Camargo (1996:48) que lança um olhar sobre o sujeito e não sobre o objeto, respeitando as subjetividades individuais.

### **Reformas curriculares**

Diversos modelos foram propostos até chegar ao que está sendo preconizado atualmente, com seis anos de graduação para a formação básica, além de três a seis anos para a especialização, a depender da área escolhida.

A maioria dos cursos de Medicina, no Brasil, está organizada de acordo com o preconizado pela resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina<sup>36</sup> ainda não foi posta em prática pela maioria das EM. Assim, os cursos ainda têm a duração de seis anos e durante os dois primeiros anos estão dedicados ao estudo das chamadas matérias básicas, definidas como: biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas e patologia (traduzidas nos currículos como: anatomia, fisiologia, histologia, fisiopatologia, genética, parasitologia e higiene) (REGO, 2003:33-4). Algumas disciplinas são incluídas de forma estratégica neste período, a saber: psicologia médica e **Ética Médica** (REGO, 2002:40). Somente neste período, tardiamente, observa-se que a Disciplina de Ética Médica foi incluída no currículo médico.

<sup>36</sup> **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** - Conselho Nacional de Educação, Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001.

Após os dois primeiros anos, o curso segue no chamado ciclo profissional. Neste momento os estudantes passam a freqüentar as aulas nos hospitais universitários ou de ensino (REGO, 2003:34).<sup>37</sup> Podem-se identificar cinco tipos de atividades práticas de clínica aos quais os estudantes de Medicina podem ser submetidos durante o processo de formação profissionalizante: prática em enfermarias, aulas práticas, geralmente em ambulatorios, estágio em internato, estágios extracurriculares (via de regra a revelia das EM) e atividades de extensão curricular, promovida através das Pró-Reitorias de Extensão (REGO, 2003:35-7).

Araújo (1993:90) descreve que o ensino médico tradicional sofreu a influência de dois fatores que contribuíram para uma perspectiva moral característica dos novos tempos. O primeiro foi o alcance da visão cartesiana de mundo, inaugurando a possibilidade de um mecanismo dualista. Ou seja, a separação mente-corpo e a lógica de que para cada efeito corresponde uma causa. O segundo foi o domínio do aspecto cientificista na prática médica. De acordo com esta tendência, o currículo foi criado a partir da filosofia utilitarista e pragmática. Este modelo difere profundamente do modelo médico hipocrático, com mais tempo dedicado à atenção médico-paciente. A Medicina moderna não dispõe a mesma dedicação que antes e os exames complementares passaram a ocupar este espaço, subtraídos da anamnese e do exame físico. O autor afirma: *“O que ganhamos em técnica perdemos em ética”*.

Morin (1996, *apud* LAMPERT, 2002:71) descreve que o conhecimento foi dividido em áreas para ser mais bem estudado e que isto produziu uma incomunicabilidade entre eles, mesmo dentro das universidades, permitindo zonas enormes de desconhecimento. Afirma que Descarte formulou o *“grande paradigma ocidental”*, quando dividiu a ciência, produzindo disjunção e redução.

Lampert (2002:72) acredita que:

*Na educação médica o modelo flexneriano dominante está assentado nesse paradigma que produziu a disjunção e redução. Dando sinais de exaustão, abre espaço para um modelo que preencha falhas e equilibre as oscilações entre tecnologia e humanismo.*

### **Novo paradigma curricular**

Novos modelos vêm sendo elaborados, desde a década de 60, a idéia de formular um novo paradigma que possa se contrapor ao modelo hospitalocêntrico e com a visão reducionista. A atenção primária em saúde para todos indistintamente até o final do século XX, foi um marco político de âmbito mundial sob o lema *Saúde Para Todos no ano 2000*<sup>38</sup> (LAMPERT, 2002:66).

Infelizmente, estas iniciativas não lograrem êxito apesar dos esforços dispensados. Testemunha-se tantos outros empreendimentos, assim como este, serem vítimas do descaso, da ineficiência e da ineficácia no alcance dos resultados. Lamentavelmente, chega-se ao final do século XX absolutamente distantes do lema de *Saúde Para Todos no ano 2000*.

<sup>37</sup> **Hospitais Universitários** - são aqueles vinculados administrativamente a uma universidade. Hospitais de ensino são aqueles que, não têm uma vinculação com as universidades, mas acolhem formalmente os estudantes de faculdades de Medicina através de convênios com este propósito (REGO, 2003:35).

<sup>38</sup> **Saúde Para Todos no ano 2000** - foi o lema da Declaração de Alma-Ata, em 1978 (LAMPERT, 2002:66).



A proposta do novo paradigma é a composição de uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências. Esse enfoque deve abarcar trabalhos interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, descortinando campos de pesquisa ainda não trilhados (LAMPERT, 2002:72). Para atingir estas metas, faz-se necessária a comunicação entre os estudos epistemológicos. Importante fazer um circuito, ligar em cadeias as competências previamente estabelecidas para formar um anel completo e dinâmico, o anel epistemológico (PRIGOGINE, 1996, *apud* LAMPERT, 2002:72).

Chaves (1996, *apud* LAMPERT, 2002:73-4) enumera em dez itens, as necessidades que o novo paradigma deve atender:

- a) Racionalizar a divisão do trabalho da equipe de saúde, através da complementaridade do trabalho do generalista e do especialista;
- b) Equilibrar o controle da alta tecnologia e a compaixão que devem permear o atendimento;
- c) Definir os perfis profissionais, através da coerência dos currículos e das competências necessárias para a prática;
- d) Avaliar o desempenho e certificação dos profissionais e da creditação das instituições formadoras;
- e) Integrar os currículos e fazer a articulação entre a teoria e a prática;
- f) Desenvolver os debates da Bioética;
- g) Aumentar a atenção à unidade corpo e mente, na formação e na prática profissional;
- h) Compreender outras racionalidades médicas, terapêuticas complementares ou alternativas;
- i) Dar maior atenção, na prática clínica, à qualidade de vida e ao desejo de uma morte boa e digna, não sendo a longevidade e a sobrevivências metas suficientes por si sós;
- j) Aumentar a exploração das fronteiras entre a ciência e a religião, em aspectos filosóficos, transcendentais e terapêuticos, dada a importância da religiosidade na saúde e na doença.

Concorda-se com a grande maioria dos pressupostos sugeridos pelo autor, entretanto, os conhecimentos científicos não devem ser classificados em planos de maior ou menor importância. Todo conhecimento adquirido ao longo dos séculos não pode ser subjugado às questões religiosas, ou análises filosóficas. A inclusão das ciências humanas é fundamental para contextualizar o binômio médico-paciente numa espacialidade social, todavia, não deve imprimir valores da ordem empírica às condutas diagnósticas e terapêuticas a serem escolhidas pelos profissionais. Portanto, o entendimento é que há necessidade de conhecer as especificidades do ser humano inserido no mundo, como ator social do processo histórico, contudo, sem deixar de utilizar todas as técnicas científicas atuais para possibilitarem a diminuição de seu sofrimento.

O modelo do novo paradigma supra mencionado, recentemente denominado "*paradigma da integralidade*"<sup>39</sup> indica mudanças na formação do médico na graduação que apontam para:

<sup>39</sup> "*Paradigma da integralidade*" - seria o novo paradigma em saúde, que busca contrapor e equilibrar o paradigma flexneriano (CAMPOS, 2001, *apud* LAMPERT, 2002:68).

a) O processo saúde-doença enfatizar mais a saúde do que a doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, sendo a doença um desvio, uma incoerência da saúde, que deve ser evitada e, quando diagnosticada, eliminada em qualquer estágio evolutivo em que se encontre com o restabelecimento da saúde);

b) O processo ensino-aprendizagem estar mais centrado no aluno e em seu papel ativo na própria formação;

c) O ensino da prática se dar no sistema de saúde existente em graus crescentes de complexidade, dentro de uma visão intersetorial de seus determinantes e da importância das referências entre os níveis de ação;

d) A capacitação docente voltar-se tanto para a competência didático-pedagógica quanto para a participação e comprometimento no sistema público de saúde;

e) O acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico estar orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos de saúde e de suas implicações éticas (LAMPERT, 2002:68).

De acordo com Campos (2001:53-9) o paradigma da integralidade tem como objetivo uma formação mais contextualizada no que se refere aos programas de graduação do profissional da saúde. Esta contextualização deve levar em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população.

Lampert (2002:89) após comparar os dois paradigmas afirma que o paradigma flexneriano prestigia o processo fisiopatológico e focaliza o indivíduo no contexto global e o outro focaliza as causas da doença do indivíduo no contexto global, deste modo, o paradigma da integralidade visa à produção social da saúde. Não se pode desprezar o papel da subjetividade e do sujeito na construção de sua saúde, dando a dimensão do esforço que necessita ser despendido para alcançar a utopia dos que acreditam numa mudança de modelo.

O paradigma da integralidade induziria à construção de um novo modelo pedagógico, visando à interação e o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. A operacionalização deste princípio seria norteada pela construção de um currículo integrado aos modelos pedagógicos mais interativos, através da adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento (FEUERWERKER & SENA, 1999, *apud* LAMPERT, 2002:69).

### **Aprendizagem baseada em problemas**

No último quarto do século XX, surgiram no cenário mundial da educação e da prática médica, duas novas abordagens. Uma essencialmente clínica, a Evidence Based Medicine, Medicina Baseada em Evidências (MBE) e outra pedagógica, a Problem Based Learning (PBL), Aprendizagem Baseada em Problemas. A última como incorpora fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática vem merecendo mais atenção e respeito dos profissionais da área de educação (REGO, 2003:29).

A Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) é vista como uma filosofia educacional, aproximando-se da “*Pedagogia da Autonomia*” em que Freire afirma:

*Não há docência sem discência, ensinar exige: respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e Ética; corporeificação das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer*

*forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e a assunção da identidade cultural; ensinar não é transferir conhecimento; ensinar é uma especificidade humana (FREIRE, 1998:28).*

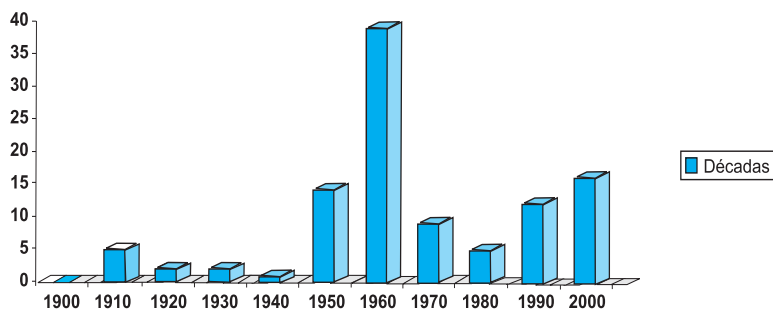
Todos estes preceitos sugeridos por Freire em sua *“Pedagogia da Autonomia”*, fazem da educação uma tarefa que transcende ao cognitivo, buscando um significado mais amplo para a atividade e propõe uma mudança de paradigma.

Muitas críticas têm sido realizadas a MBE, visto que o enfoque estatístico e quantitativo não pode ser elevado à condição de método para a obtenção da certeza absoluta, porque a relação profissional se dá no encontro entre duas pessoas, o médico e o paciente (DRUMOND & SILVA, 1998:16-7).

A legislação vigente nas EM brasileiras permanece inscrita na Reforma Universitária<sup>40</sup> na estruturação de departamentos com disciplinas e na Resolução nº 8/69 do MEC<sup>41</sup> que se baseou na necessidade de revisão dos currículos tradicionais dos cursos de Medicina à época. Essa resolução vem do período de crescimento desordenado das EM no Brasil (Gráfico 1), tendo sido criadas 35 novas EM no período de 1966 a 1971 (LAMPERT, 2002:92).

Do início da década de 60 até os dias de hoje, ocorreu um enorme crescimento do número de EM no Brasil e conseqüentemente do número de estudantes de Medicina e de graduandos. Segundo Rego (2003:40-1) a política adotada pelo governo Fernando Henrique Cardoso admitiu a livre criação destes cursos estabelecendo critérios apenas para sua avaliação através de um exame nacional, o provão, para todos os graduandos no final do curso. As EM passaram a ter autonomia na determinação do currículo médico e o governo federal passou apenas a limitar o perfil desejado para o graduando em Medicina.

**Gráfico 1** - Número de EM criadas no Brasil no período de 1900 a 2000.



**Fonte:** Gráfico original (1900-1990) elaborado por LAMPERT (2002:92) e ampliado pela autora (até 2000). Esta adaptação foi realizada de acordo com o Ministério da Educação (2004).

<sup>40</sup> Reforma Universitária – Lei 5.540/69 (LAMPERT, 2002:92).

<sup>41</sup> O Ministério da Educação, denominado de Ministério da Educação e Cultura, na época (LAMPERT, 2002:92).

Estas afirmativas podem ser verificadas através da Portaria 126/99<sup>42</sup> o perfil delineado para os graduandos em Medicina é:

- a) cidadão com atitude ética, formação humanística e consciência da responsabilidade social;
- b) capacidade de compreender, integrar e aplicar os conhecimentos básicos à prática médica;
- c) formação para atuar em nível primário de atenção e resolver, com qualidade, os problemas prevalentes da saúde;
- d) formação para o atendimento das urgências e emergências; capacidade de lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
- e) formação para a aquisição e produção do conhecimento, com capacidade de aprendizado contínuo durante toda vida profissional;
- f) capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional (Brasil, 1999 *apud* REGO, 2003:41).

O primeiro artigo refere-se à competência ética e humanística do médico que se deseja formar. Apesar de estar colocado de forma ampla, achamos essencial que este pré-requisito esteja incluído nestes princípios. Em seu artigo 5º, as diretrizes curriculares apontam os conteúdos essenciais na perspectiva desse perfil e habilidades definidas:

- a) Ciências morfológicas: Anatomia, Biologia celular e molecular, Embriologia, Genética, Histologia;
- b) Ciências fisiológicas: Bioquímica, Biofísica, Farmacologia e Fisiologia;
- c) Mecanismos de defesa e agressão aplicadas à saúde: Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia Geral;
- d) Ciências do comportamento aplicadas à saúde: Psicologia Médica;
- e) Saúde Coletiva, Epidemiologia, Bioestatística, Saúde do Trabalhador;
- f) Ciências sociais aplicadas à saúde: Ética, Bioética e Deontologia;
- g) Iniciação ao exame clínico: Propedêutica e Imagenologia;
- h) Metodologia científica;
- i) Conteúdos básicos das especialidades clínicas: Anestesiologia, Cardiologia, Dermatologia, Emergências Clínicas, Endocrinologia, Gastroenterologia e Nutrição, Geriatria, Hematologia, Imunologia Clínica e Alergia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Patologia Especial, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Medicina Legal;
- j) Aspectos clínicos das seguintes especialidades: Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia;
- k) Cirurgia: Bases da Técnica Cirúrgica e Anestésica, Cirurgia Ambulatorial, Prática em Centro Cirúrgico e Propedêutica Cirúrgica;
- l) Ginecologia e Obstetrícia: aspectos clínicos e cirúrgicos da Ginecologia Geral e Obstetrícia Geral;
- m) Pediatria: Medicina geral da criança, Puericultura e Nutrição (Brasil, 1999 *apud* REGO, 2003:42).

Na alínea “f” estão contempladas as competências e habilidades referentes à Ética Médica e Bioética.

<sup>42</sup> Portaria 126 de 1º de fevereiro de 1999, do ministro da Educação, publicada no DOU de 2 de fevereiro de 1999.

### Avaliação da CINAEM

As diversas entidades representativas dos médicos brasileiros, Conselho Federal de Medicina (CFM); Associação Médica Brasileira (AMB); Academia Nacional de Medicina; Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR); Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB); Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP); Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ); Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); Federação Nacional dos Médicos; Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior; reuniram-se para criar um sistema de avaliação do ensino médico em torno do que foi denominada Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM),<sup>43</sup> em 1999, para elaborar o Relatório Geral de Avaliação das EM brasileiras (REGO, 2003:42-43).

Como objetivo geral o projeto se propunha a desencadear um processo de avaliação do ensino da Medicina, buscando uma nova consciência coletiva do ato de avaliar, tendo como perspectiva transformar a educação médica brasileira.

Na primeira fase do projeto tiveram os seguintes objetivos específicos: Avaliar o ensino médico brasileiro visando sua qualidade, para atender às necessidades médico-sociais da população; Propor medidas a curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências hoje encontradas; Criar mecanismos permanentes de avaliação das EM; Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada (BASILE, 1999:308).

O trabalho foi executado em três fases, a primeira em 1990, constou de uma análise global dos cursos, avaliando os seguintes componentes: vínculo jurídico; data da criação da escola; estrutura econômico-administrativa; estrutura político-administrativa; infra-estrutura material; recursos humanos; modelo pedagógico e o papel da escola na assistência e na investigação (REGO, 2003:43).

A segunda fase foi através de um “*corte transversal*” com uma avaliação estratégica do curso e do currículo. Essa avaliação buscou informações referentes à formação dos docentes, o regime de trabalho, atividades de pesquisa e administrativas, além da produção acadêmica (REGO, 2003:43).

A terceira fase seguiu com o objetivo de estimular a manutenção e ampliação do movimento social desenvolvidos nas fases anteriores e promover a transformação da EM de acordo com os novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas (REGO, 2003:43).

As linhas de ação do trabalho foram norteadas pelos seguintes itens: Avaliação transformadora; docência médica profissionalizada; gestão transformadora da EM; novo processo de formação.

Após dez anos de avaliação a CINAEM não conseguiu produzir os resultados esperados e propostos em seus objetivos. O debate em torno da terceira fase foi arrastado com a resistência das equipes técnicas em aceitar as críticas e sugestões de mudanças e as escolas demoraram a aderir a uma proposta tão complexa e impositiva (REGO, 2003:43).

A Declaração de Edimburgo (1988) determina que as EM devem:

*[...] organizar os programas de ensino e os sistemas de avaliação de modo a garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais e não somente a memorização da informação (CHAVES & ROSA, 1990:138).*

<sup>43</sup> CINAEM – Relatório Geral de Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras.

Esta idéia, versa sobre valores sociais, estimulando a reflexão e a conscientização dos problemas contextualizados onde a sociedade está submersa.

A construção de modelos alternativos ao adotado no Brasil, não foi alcançada. De acordo com Martini (1990, *apud* REGO, 2003:43) persiste a total falta de criatividade. Entretanto, mais do que a falta de vontade de mudar, prevalece a total falta de direção e sentido de para onde e como ir.<sup>44</sup>

Durante o período analisado, da metade do século XIX até os dias de hoje, percebe-se que as transformações foram pouco significativas do ponto de vista de mudanças curriculares e metodológicas. A fundamentação das matrizes teóricas continuou sendo transmitida em aulas teóricas e práticas e com ênfase nos impactos da evolução tecnológica.

O currículo brasileiro foi importado sem avaliar as especificidades locais. Depois disto, muitas reformas foram realizadas no ensino médico brasileiro, sendo a Reforma Flexner responsável por grandes transformações nesta área. Esta mudança importou para o Brasil o modelo cientificista distante do humanista, impossibilitando a convivência entre as duas categorias e conseqüentemente excluindo a segunda. Esta abordagem foi responsável pelo arquétipo do especialista precoce, além de ser essencialmente individualista e hospitalocêntrica. O paradigma flexneriano fragmentou o conhecimento conflitando com a visão holística, tão importante para o paciente.

Surge, então, o paradigma da integralidade buscando se contrapor e equilibrar ao paradigma flexneriano. Este paradigma enfatiza mais a saúde que a doença e propõe o ensino centrado no aluno, ampliando seu papel ativo no aprendizado. Todos estes fatores devem andar juntos para formatar uma estrutura harmônica, contemplada na proposta do Ministério da Educação que desenha o perfil desejado para o médico, como cidadão e cidadã de atitude ética, formação humanística e consciência de responsabilidade social.

---

<sup>44</sup> No ano de 2002, os Ministérios da Educação e Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), criaram o Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina, respeitando as peculiaridades de cada EM (REGO, 2003:44).

## Referências:

---

- Araújo, R. W. B. A ética do ensino médico e o ensino da Ética Médica. In: ASSAD, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Azevedo, F de. *A transmissão da cultura brasileira*. Ed. Melhoramentos, São Paulo, 1976.
- Basile, M. A. *Uma experiência nacional*: CINAEM. In: MARCONDES, E. & GONÇALVES, E. L. (orgs.) São Paulo: Educação Médica, Sarvier, 1999.
- Camargo, M. C. Z. A. O ensino da Ética Médica e o horizonte Bioética. *Bioética*, 1996; 4(1): 47-51. Brasília, Conselho Federal de Medicina. <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>. Acesso em: 22 mar 2004.
- Chaves, M. & Rosa, A. R. (Orgs.) *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*. São Paulo: Cortez, 1990.
- Drumond, J. P. & Silva, E. *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. São Paulo: Atheneu, 1998.
- Freire, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- Hansen, J. A. Ratio Studiorum e política católica ibérica no século XVII. In: VIDAL, D. G; HILSDORF, M. L. S. *Brasil 500 anos: tópicos em história da educação*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- Lampert, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- Pereira, A. P. *Memória sobre a Medicina na Bahia*. Imprensa Oficial do Estado, Bahia, 1923.
- Rego, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- Ribeiro, M. L. S. *História da educação brasileira: a organização escolar*. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.
- Santana, J. P. O paradoxo da educação médica. Rio de Janeiro: *Boletim da ABEM*, 2000; 28(4):5.
- Santos Filho, L. *História geral da Medicina brasileira*. São Paulo: HUCITEC-EDUSP, 1977.
- Torres, O. *Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da faculdade de Medicina da Bahia (1808-1846)*. Ministério da Educação e Saúde, Salvador, BA, 1946.
- Zotti, S. A. *Sociedade, educação e currículo no Brasil: dos jesuítas aos anos de 1980*. Campinas, SP: Autores Associados; Brasília, DF: Editora Plano, 2004.





# Capítulo 5

## O ENSINO DE ÉTICA MÉDICA

A recente publicação da *World Medical Association*, WMA<sup>45</sup>, recomenda de forma contundente que as EM do mundo inteiro incluam o ensino de Ética Médica e direitos humanos como um curso obrigatório em seus currículos, considerando que esses dois temas constituem uma parte integrante do trabalho e cultura da profissão médica, da história, estrutura e objetivos da Associação Médica Mundial, AMM (WMA, 1999).

Martin (1993:32) descreveu que o Fórum Nacional promovido pela Academia Nacional de Medicina em 1985 foi outro sinal da renovação do interesse pela Ética Médica no Brasil. Nesse sentido podemos notar a contribuição de Assaf Hadba sobre o ensino da Ética Médica e sua preocupação com relação aos rumos da Medicina no Brasil:

*Entendemos que o enfraquecimento da Medicina atual nada mais é, em boa parte, do que a desconsideração das normas éticas, que a consciência profissional explicitou em nossos códigos e que não chegaram em tempo útil para os estudantes de Medicina. O ensino médico ministrado nas escolas médicas, ou fora delas, leva à erudição técnica, pelo acúmulo de conhecimentos absorvidos, sem, no entanto, aprimorar o espírito em razão do que se aprende, o que nos leva a afirmar que, embora pleno de ciência, o médico não encontra a sabedoria. A sabedoria está com aquele que cultivou a moral e os conhecimentos e transformou a razão da vida na dimensão do seu próprio ser e no altruísmo de sua missão. O médico erudito, acumulado de ciência, é geralmente árido enquanto aquele que basificou na moral os seus conhecimentos é mais aberto e mais sensível a todas as palpitações da vida. O ensinamento da ética nas escolas médicas deverá ser uma das pilastras a suportarem a reciclagem modernamente necessária para retornar a Medicina brasileira aos seus verdadeiros destinos, vestida com a dignidade que a sociedade sempre lhe exigiu (HADBA, apud MARTIN, 1985:66).*

O autor traz a discussão à formação moral como parte dos ensinamentos possíveis de serem incluídos no ensino de Ética Médica, permitindo atingir outra dimensão de conhecimentos e atitudes.

A Ética Médica tem 2500 anos de história na educação médica, entretanto, somente há 30 está incluída formalmente no currículo médico (GOLDIE, 2000:108; MIYASAKA, 1999:514). Assiste-se hoje a uma mudança radical nos paradigmas éticos em função das transformações tecno-científicas enfrentadas pela Medicina nos últimos anos. As razões

<sup>45</sup> Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum Schools World-Wide.

para essa mudança vão desde fatores sociais como a desvalorização do trabalho médico e a autonomia da relação médico-paciente, até ao acentuado progresso tecnológico dos métodos de diagnóstico e tratamento de doenças (MUÑOZ *et al.*, 2003:115; MIYASAKA, 1999:514). Tudo isso se reflete negativamente na qualidade dos serviços prestados aos pacientes, com conseqüente descontentamento dos mesmos. Este tipo de desserviço compromete o aprendizado dos alunos de Medicina, visto que são crescentes os fatores capazes de dificultar o ensino da Ética Médica nos cursos médicos.

Nicholas (1999:507) argumenta que Ética Médica nunca é neutra e que os professores através de exemplos influenciam seus alunos de muitas maneiras na abordagem com seus pacientes. Deste modo a educação de Ética Médica necessita tornar-se mais reflexiva sobre sua própria ética, ou seja, a ética dos professores-médicos de acordo com a posição social e política, dada a importância da construção e transmissão da Ética Médica. Deve haver uma aproximação crítica entre os preceitos médicos e a exploração de um contexto político nas EM.

De acordo com a autora, os educadores desta área não ensinam somente o que está posto nos códigos, há também um forte empenho de ensinar a capacidade de analisar, refletir e argumentar, fornecendo aos estudantes oportunidades de adquirirem competências para examinar o mundo e sua prática profissional. A chance de obter um novo olhar, oferecida aos estudantes nestas lições, irá orientá-los na tomada de decisões e em direção a uma distribuição de poder e valorização do relacionamento interpessoal.

Desta maneira, ensinar é uma atividade política e ética que exige grande responsabilidade docente. Os alunos miram-se em seus mestres e anseiam por seus saberes. Há uma extensa literatura que incentiva a educação como um processo emancipatório que se encoraje e que se explore o ensino e a prática de reflexões críticas e das diferenças políticas, através de práticas alternativas que estimulem a participação (NICHOLAS, 1999:507).

### **Importância**

O ensino de Ética Médica no Brasil foi ministrado classicamente, desde o final do século XIX, pela disciplina de Medicina Legal, através de grandes mestres como Oscar Freire, Flaminio Fávero, Estácio de Lima entre outros. Esta ligação era justificada pela íntima relação entre a lei e o exercício profissional (REGO, 2002:103). Portanto, grande parte destes princípios era transmitida pela Disciplina de Medicina Legal.

Segundo Siqueira (2002:86) o ensino da Ética Médica nas Escolas Médicas brasileiras passa por um momento de transformação, mas ainda se baseia num olhar deontológico, necessário, no entanto, não abrangente, sem contemplar as necessidades do ensino contemporâneo. Há uma consciência geral da limitação de códigos e normas imposta à sociedade.

O rápido crescimento do ensino da Ética Médica nas EM na década de 60, estimulou uma reunião com os seus líderes em julho de 1983, em Dartmouth College para proporem as bases curriculares da disciplina da Ética Médica e sua posterior publicação (GLICK, 1994:239). Inicialmente tímida, a disciplina contava com uma pequena carga horária e era tratada com pouca importância pelo corpo docente e discente (LOVETT, 1990:38; PARKER *et al.*, 1997:181).

Neste sentido percebe-se a necessidade de buscar através do ensino de Ética Médica a conscientização dos estudantes de Medicina, a respeito das dificuldades encontradas para

se enfrentar as injustiças observadas no sistema de saúde brasileiro, condizente com o atual sistema hegemônico.

Estas ações são conseqüência ao crescente número de denúncias contra médicos que chegam aos Conselhos Regionais de Medicina, nas últimas décadas. Esta pode ser a principal causa da tendência mundial da inclusão da Disciplina de Ética Médica nos currículos de graduação médica, como matéria obrigatória para a formação médica (MUÑOZ *et al.*, 2003:115; GRISARD, 2002:100; D'ÁVILA, 2002:120).

O ensino de Ética Médica tem sido uma das preocupações dos Conselhos Regionais de Medicina com a valorização do trabalho docente nas EM, e talvez por este motivo recentemente o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, CREMESP, decidiu em sessão plenária de janeiro de 2002,<sup>46</sup> contribuir com a educação de Ética Médica e Bioética, colaborando com os cursos das EM. O Conselho Federal de Medicina, CFM, decidiu em 1975,<sup>47</sup> que Ética Médica deve ser ensinada ao longo de todo o curso de Medicina. Ao exercer sua atividade judicante, definida por lei federal, os Conselhos de Medicina se debatem com problemas de punição a médicos que infringiram os artigos do Código de Ética Médica (CEM) por desconhecerem a existência de normas éticas que regulam o exercício profissional, como fica patente durante o processo disciplinar. A adoção de condutas eticamente inaceitáveis muitas vezes ocorre, porque não receberam na EM o conhecimento do CEM que poderia evitar o delito. Segundo Muñoz (2003:115) o ensino de Ética Médica deve assumir um caráter prioritário para esses órgãos, buscando o ideal expresso pela máxima *“instruir para não punir”*.

A educação de Ética Médica pode enfocar na formação do estudante o desenvolvimento de um caráter particular. Pode juntar forças a princípios humanitários médicos e ser orientada na direção da formação de atitudes, valores, moral, desenvoltura e comportamento e por fim, reformulando seu axiograma.

De acordo com Siqueira (1993:95) é fundamental que o conjunto de atores sociais (professores, funcionários e alunos) em torno do ensino médico persiga o aprimoramento de suas atitudes e comportamentos, porque:

*A Ética Médica é o “locus” privilegiado das atitudes e comportamentos que o estudante trouxe de sua família e também para permitir a formação de novas atitudes e comportamentos inerentes à profissão.*

Esta citação reflete que apesar dos alunos já trazerem determinados conceitos éticos de suas famílias, ainda assim se faz necessário reexaminar o assunto. De qualquer forma é a primeira vez que ele, aluno, passa a se posicionar como profissional, sendo oportuno uma releitura sobre determinadas atitudes e comportamentos.

Segundo Pereira (1985:184) o estudante de Medicina a partir do quarto ano, sai da sala de aula, para os diversos setores da integralidade humana e no final, conclui o curso totalmente voltado para um determinado departamento orgânico e habituado ao manuseio de traçados, de exames avançados de imagem e completamente desligado do

<sup>46</sup> Resolução CREMESP - nº 101, de 29 de janeiro de 2002.

<sup>47</sup> Resolução CFM - nº 664/75.

todo, e principalmente: “*sem a humanização necessária à arte*”. O autor ressalta que é necessário que se reconsidere de forma premente a inclusão do humanismo na formação acadêmica do médico.

*O humanismo que é capaz de fazer do médico não um técnico especializado na máquina humana, mas um ser que compreende a integração perfeita entre a matéria e o espírito* (PEREIRA, 1985:184).

O mesmo autor defende ainda que de nada vale um diagnóstico bem elaborado através de sofisticados exames, sem a aproximação efetiva e afetiva do médico. Muitas vezes a dedicação é suficiente para dirimir a angústia e o padecimento dos dias restantes de um paciente terminal. Mais vale, por vezes, uma palavra de carinho, um afago, do que medicações de última geração.

Marcondes (2001:41) comenta que a expressão humanística é uma redundância perigosa e que deve ser banida do dicionário médico, pois, ao usá-la se aceita que a Medicina pode não ser humanística. Como ressaltou Hernandez (1995:1-8) é uma falsa dicotomia, pois sendo a Medicina uma atividade que diz respeito essencialmente a dois seres humanos, o médico e o paciente, seria insustentável que ela não fosse inexplicavelmente humanística.

As questões discutidas no trabalho de Marcondes (2001:41) são as questões pertinentes às humanidades médicas, presentes nas disciplinas de Sociologia, Antropologia, História da Medicina, Literatura, Filosofia, Teologia, Ética Médica e Bioética. Neste raciocínio elas contribuem para o aprimoramento da conduta do médico, certamente humanístico por princípio. Portanto, o humanismo médico pode ser aprimorado através da inserção das humanidades médicas no currículo de graduação.

A prática médica foi fortemente influenciada por uma visão reducionista e mecanicista através de correntes filosóficas que se associaram estreitamente à ciência moderna, reduzindo o paciente a um somatório de genes, enzimas e moléculas, desconsiderando emoções, sentimentos e crenças pessoais. Desta maneira, a Medicina perdeu seu caráter humanista, que no nosso entendimento deve ser resgatado.

### **Formação humanista**

Pessoti (1996:440-8) chama a atenção para a formação humanística versus a formação humanística. Considera que a formação humanística não começa no curso médico, porque:

*[...] os significados das coisas, eventos ou pessoas, são produto da experiência pessoal de cada um. A formação do homem começa com seus primeiros sofrimentos e prazeres, sustos e alegrias* (PESSOTI, 1996:441).

Na verdade o aluno é que cria seus valores e os cria a partir de suas experiências pessoais. A escola seria responsável para através de textos, teorias, eventos e dramas concretos da vida do paciente propiciar debates e discussões que possam repensar e reavaliar os valores esperados por um profissional da área médica.

Arruda (1996:28) propõe que o passo inicial para qualquer programa de formação humanística seria:

*[...] desenvolver no aluno a consciência de seus próprios valores, de sua própria humanidade. Pois é essa consciência que filtrará a informação (curricular ou não) sobre a natureza e a história do homem.*

Acredita-se que os autores sinalizam para que o curso de Ética Médica não deva ficar restrito ao aprendizado do Código de Ética Médica (CEM) que se refere às sanções, porque estes apenas imprimem regras e criam as penalidades. Neste sentido a ética está acima de forças coercitivas, portanto deve ser discutida e refletida.

Marcondes (2001:35-40) desenvolveu uma pesquisa utilizando informações dos currículos de quatro EM de universidades do Estado de São Paulo, analisando e comentando a formação humanística no ensino médico. Foram apresentados dados referentes à Faculdade de Medicina da USP, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade São Francisco (Bragança Paulista) e o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Santo Amaro demonstrando a fraca inserção da Ética Médica, assim como das humanidades. Neste trabalho o autor demonstra sua preocupação em discutir as humanidades médicas, através da inserção de disciplinas de caráter humanístico no currículo médico.

Arruda (1996:24) coloca os seguintes temas gerais para um programa de humanidades no currículo de graduação médica, com a finalidade de aprimorar o humanismo no processo de ensino-aprendizagem:

- a) Estimular o aluno a refletir sobre a escolha da profissão médica;
- b) Promover uma visão crítica sobre as expectativas e as frustrações inerentes à condição de estudante de Medicina;
- c) Abordar situações difíceis para o primeiro anista, como o contato com o cadáver, didática ineficiente e o fato de ser difícil ser o primeiro aluno da turma;
- d) Promover reflexão acerca do “*ser universitário*”;
- e) Promover reflexão sobre a relação aluno-professor;
- f) Promover reflexões acerca da posição social do aluno de Medicina em relação à sociedade;
- g) ao cadáver;
- h) ao paciente;
- i) ao estudante de Medicina e a Ética Médica;
- j) à competição vestibular versus faculdade.

Nesta proposta há a preocupação da inclusão de matérias que possibilitam a abordagem da reflexão humana, tirando o estudante de Medicina de uma alienação. Este tipo de abordagem é bem aceito, sendo questionando apenas sua operacionalização.

O mesmo autor acredita que, o que uma escola pode dar, para a formação humanística são:

- a) cursos sobre a filosofia do homem ou sobre a doutrina das ciências humanas (História da Ciência, Psicologia, Antropologia Cultural, Psicologia, etc.).
- b) exemplos de como se entende e se trata um paciente de forma humana.

Estes ensinamentos podem tornar-se um aprendizado de comportamento profissional, de como deve o médico portar-se frente às diversas circunstâncias que este grupo de atores sociais estiver submetido. Concorde-se com o autor que a EM deve aperfeiçoar o

papel de modelo e através de exemplos, trazer para os graduandos a conduta adequada do profissional de acordo com as normas vigentes e com os princípios éticos, tendo como prioridade o benefício do paciente.

Araújo (1993:88) delimita a ética do ensino médico e o ensino da Ética Médica, buscando a capacidade da formação médica em gerar, reproduzir ou mesmo inculcar valores. Tais valores foram preocupação de grandes filósofos da antiguidade como: Sócrates, Platão e Aristóteles.

Sobre a questão da formação de valores, Hafferty e Franks (1994:862) escreveram que os determinantes da identidade do médico operam não no currículo formal, mas no "currículo oculto"<sup>48</sup>. Acredita-se que há muitas maneiras de formar valores nos estudantes e que tanto o currículo formal quanto o oculto podem ser responsáveis pela geração do comportamento profissional.

### **Situação atual do ensino de Ética Médica**

O recente trabalho publicado por Muñoz & Muñoz em 2003 (117-122) que avaliou o ensino de Ética Médica em 103 EM no Brasil, demonstrou que o curso é ministrado em 93 escolas e na grande maioria é lecionado dentro da disciplina de Medicina Legal. Observaram que na última década foi introduzido o ensino da Bioética em um número significativo de EM e que há uma tendência de mudança na filosofia do ensino refletindo-se no conteúdo programático.

Observa-se que a avaliação sobre o ensino de Ética Médica no Brasil carece de estudos. Muitas variáveis não foram analisadas e parece que há um certo desinteresse sobre o assunto pelo pouco material encontrado comparado ao farto conteúdo das ciências de experimentação.

Glick (1994:239) descreve que há autores e instituições que não acreditam na necessidade da presença da disciplina Ética Médica no currículo médico. No entanto, quase a totalidade das EM vem incluindo-a formalmente nos últimos 30 anos (GOLDIE, 2000:108).

De acordo com Araújo (1993:92) há um relativo desprezo pelas questões éticas percebida pelos que se defrontam com o ensino da Ética Médica, principalmente quando o tema é abordado numa perspectiva teórica. A hipótese para esta atitude é a idéia pré-concebida e vigente de que os assuntos filosóficos são estéreis e, portanto, não tem um caráter de praticidade, despertando pouco interesse nos alunos. Esta é uma limitação sofrida pela disciplina inserida num currículo utilitarista e pragmático. O autor declara ainda que:

*Os valores que são repassados são os mesmos de uma sociedade com base no individualismo e na competição, valores que devem ser substituídos pela necessidade de uma nova forma de viver em sociedade (ARAÚJO, 1993:92).*

É consenso internacional que a Ética Médica sempre exigirá muita atenção das EM em todos os encontros clínicos e em todas as comunidades (PARKER *et al*, 1997:182).

<sup>48</sup> **Currículo oculto** – é o currículo que não está explícito, ele é transmitido através do discurso e do modelo dos professores

Apesar da tendência mundial e nacional de admitir a disciplina de Ética Médica no curso de graduação das universidades e faculdades de Medicina, esse quadro ainda não faz parte da realidade de muitas instituições de ensino. No Congresso Brasileiro de Educação Médica, de 1993, dedicado à Ética Médica e ao seu ensino, houve alguns relatos propondo a extinção da disciplina isoladamente, em prol de uma vivência prática ao longo de todo curso (GRISARD, 2002:97).

Por outro lado, algumas EM nem sequer fazem menção ao trabalho desenvolvido pelos professores de Ética Médica, ignorando-o. Para muitos educadores, o processo pedagógico se inicia na família e não na faculdade. Ou seja, o aprendizado de determinados valores, formação do caráter pessoal e capacidade para discernir o certo e o errado é adquirido na infância, a partir das informações, das ações e das condutas dos pais, parentes e amigos (SÁ JR, 2002:50). Segundo essa corrente de educadores, o ensino da Ética Médica em cursos de graduação é desnecessário para não dizer insignificante, em razão da pouca importância dada a esta disciplina. Discorda-se da opinião deste grupo, porque entende-se que sempre vale a pena tentar estimular a reflexão, repensar sobre o comportamento humano. Neste caso específico, vale ressaltar que a maioria dos estudantes não aprendeu como se comportar enquanto médicos.

Partindo-se da idéia base de que a Ética Médica ajuda a clarear valores que dizem respeito aos médicos e a Medicina, a introdução de rigores éticos através da prévia noção da Diceologia e Deontologia Médicas, ramos da ética prática, é imprescindível o ensino da Ética Médica no universo médico. Há quem argumente que o modelo tradicional, também, deva fornecer aos estudantes uma competência clínica futura, com conhecimentos e habilidades cognitivas necessárias para as tomadas de decisão (NICHOLAS, 1999:5).

Grisard (2002:99) demonstra que na introdução da matéria no currículo médico, na UNIVALE<sup>49</sup>, são passados os pensamentos morais e jurídicos aos estudantes por intermédio dos códigos e também é estimulada a capacidade de argumentar e analisar o trabalho médico. Todos esses pré-requisitos têm a finalidade de promover reflexões à cerca da posição dos alunos sobre os assuntos sociais e até mesmo políticos, pertinentes aos casos debatidos. Este estilo de educação é uma ótima alternativa para oferecer um bom ensino de Ética Médica, já que ela começa a desenvolver uma visão mais crítica dos subjacentes “pilares” da sociedade e do discurso médico (D’ÁVILA, 2002:118; PERKINS et al. 2000:273). Além disso, são transmitidos conceitos com o intuito de que no futuro, quando os estudantes já tornados médicos possam realizar um trabalho de forma racional e condizente com os preceitos éticos esperados pela sociedade (D’ÁVILA, 2002:118).

Segundo D’Ávila (2002:119) o desenvolvimento da cidadania e da consciência do consumidor de serviços, somados ao modelo americano querelante e ainda as facilidades de acessar a justiça, aumentaram consideravelmente o número de denúncias contra médicos, na atualidade. A população médica aumentou muito e as relações urbanas tornaram-se mais distantes e desumanizadas. D’Acompora (1996:42) Assad (1993:104) e Montoya e col. (1993:403) relatam que o aumento do número de médicos contribuiu para uma formação técnica deficiente e para o excesso de oferta de mão-de-obra médica, resultando no aviltamento da profissão e no aumento das denúncias e processos ético-profissionais contra médicos.

<sup>49</sup> UNIVALE – Universidade do Vale do Itajaí, SC.

O estudo da Ética Médica é concentrado em reflexões filosóficas e como disciplina se propõe à formação da personalidade crítica do aluno desenvolvendo valores humanitários e morais com a finalidade de atingir as dimensões interpessoais (BICKEL, 1987:369). Além disso, propicia um embasamento sociológico e antropológico, sem esquecer de mencionar o direito constitucional através do seu Código de Ética Médica (CEM). O modelo tradicional é caracterizado significativamente de habilidades e de conhecimentos que nutrem os estudantes para análises clínicas de situações éticas e para tomar suas próprias decisões. Porém, críticas educacionais e morais aboliram esse modelo em diversas EM devido à falta de distinção entre aspectos éticos e não-éticos, semeados pelos alunos no exercício da atividade profissional (PARKER *et al.*, 1997:182).

A razão motivadora da proposta de mudança lançada por Grisard (2002:100) à disciplina de Ética Médica e Bioética, na UNIVALE, foi à carência de conhecimento sobre Ética Médica, observada em boa parte dos médicos e a freqüência de denúncias por infração ética, junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, CREMESC.

Assim, devido a todos os argumentos apresentados sobre os objetivos e princípios da ética é que o cenário mundial tem demonstrado uma maior inclinação para introdução do curso de Ética Médica na grade curricular. Tendência essa, facilmente, difundida entre as universidades ocidentais (GRISARD, 2002:99; D'ÁVILA, 2002:121) e acompanhada por muitas EM brasileiras (MUÑOZ *et al.*, 2003:115) nos últimos anos. Hoje, tem-se pensado e até observado uma reforma na estrutura da disciplina em decorrência das constantes transformações enfrentadas na Medicina.

Pelo exposto, acredita-se que é valioso o ensino de Ética Médica pela necessidade de inculcar valores nos futuros médicos. Valores que farão do médico um ser humano com um conhecimento técnico e científico diferenciado e com padrões de ética e moral ainda mais distintos, permitindo adquirir a confiança dos doentes. Aceitando o paciente com todas as suas crenças, sua cultura e acima de tudo com sua fragilidade no momento da doença.

### **Inserção na grade curricular**

Quando ensinar? Em que período deve estar inserido o curso de Ética Médica é outra indagação que se faz presente nos diversos trabalhos estudados e entre os responsáveis pelas reformas curriculares.

De acordo com os estudos, observa-se que não existe um consenso sobre em que ano a disciplina de Ética Médica deveria ser lecionada. Há uma inclinação a fazê-la no primeiro ano do curso de Medicina ou a partir dele (GOLDIE *et al.*, 2000:468; NEITZKE, 1999:100). Os docentes observaram que o caráter do futuro médico vem sendo formado desde o seu ingresso na faculdade, e que é menos dispendioso alicerçá-lo nos moldes da boa conduta médica a tentar remediar um caráter pré-formado ou deformado (GLICK, 1994:241). Concorde-se com esta intenção, visto que os estudantes estão se deparando pela primeira vez com a relação médico-paciente e devem ter bons exemplos de atitudes.

Goldie (2000:110; 2002:490) relata em seu trabalho realizado na Austrália, que atualmente, delinea-se a Ética Médica de forma ascendente, ou seja, o aprendizado deveria acontecer progressivamente do primeiro ao último semestre. Essa inovação é complementada com a leitura de "*casos problema*" que são designados para facilitar o desenvolvimento de atitudes de responsabilidade do futuro profissional e que requer do estudante uma prática clínica e um conhecimento científico atualizado.



Parker & col. (1997:181) propuseram uma mudança curricular na Universidade de Queensland, Austrália, baseado num estudo investigatório do ensino de Ética Médica. O projeto foi desenvolvido no contexto de uma substituição do curso de seis anos para quatro anos de duração. Este estudo baseou-se inicialmente no modelo estadunidense onde todas as EM ensinam Ética Médica, como parte do currículo mínimo. Há ainda um consenso internacional de que Ética Médica deve receber uma completa atenção nas EM, nos encontros clínicos e na comunidade científica, o que lhe atribui importância dentro da grade curricular. Esta escola decidiu optar pelo ensino baseado em problemas e seu programa teria como objetivo transferir habilidades aos seus graduandos de modelos do mais alto nível de Ética Médica na sua prática médica.

Acredita-se que esta é uma tentativa que tem grande possibilidade de alcançar sucesso no que tange a transferência de habilidades e competências. Quanto à questão de redução do curso, vê-se com certa apreensão pela vastidão de conteúdos que devem ser apreendidos durante a graduação em Medicina, portanto, neste sentido considera-se esta proposta uma temeridade.

A proposta da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) lança mão da ética clínica no internato, que na literatura americana é denominado como *"ética na enfermaria"*. Através da utilização de casos reais vivenciados na clínica médica e nas enfermarias dos hospitais é possível perceber os problemas ligados aos médicos e aos pacientes e seus familiares. Os alunos discutem estes casos que se constituem em dilemas morais e por seu intermédio constroem uma postura humanística, sobretudo porque a metodologia utilizada não é a aula e sim a experiência da situação, sobretudo da emoção vivenciada naquela determinada circunstância.

### **Transdisciplinaridade**

Em relação à duração do curso, observa-se nos estudos pesquisados que também não há um acordo. A tendência atual é a de se ter um curso de Ética Médica integrado a outras disciplinas, se estendendo para toda graduação médica, tornando-se, portanto, interdisciplinar (GOEDIE *et al.*, 2002:491; GOEDIE *et al.*, 2000:111; NEITZKE, 1999:101; PARKER *et al.*, 1997:183), visando uma maior relação teórica-prática. Na Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, poder-se-ia discutir os problemas éticos relacionados à reprodução assistida ou aborto. Quando for estudada a AIDS ou DST em epidemiologia, ou infectologia, poder-se-ia enfatizar questões relativas ao segredo médico (GLICK, 1994:240-1), assim por diante. Esse é o método utilizado nas Universidades de Negev (GLICK, 1994:240), Glasgow (GOEDIE *et al.*, 2002:490; 2000:111) e Queensland (PARKER *et al.*, 1997:182).

Uma grande vantagem desse processo é que ele seria ministrado por uma maior variedade de professores, que poderiam concordar ou discordar de um determinado assunto, sem chegar a uma consonância. Isso demonstra que a Ética Médica não é uma matéria exata, com verdades absolutas, mas sim uma discussão contínua e com muitas possibilidades de apreciação. Contudo, há o entrave da fragmentação do assunto, já que nesses casos não existe um módulo formal de ensino.

Entende-se que esta sugestão pode gerar um trabalho profícuo permitindo a continuidade do curso e enfocando os problemas éticos de cada disciplina. Todavia, é necessário um fio condutor para que o trabalho tenha continuidade nos objetivos a serem alcançados. Outro entrave é o treinamento dos professores, porque a maioria não está

preparada para este tipo de debate nas suas disciplinas.

Espera-se que os estudantes de Medicina tenham habilidade para lidar com os pacientes e respectivos problemas. Esta competência pode ser considerada parte da identidade profissional, formando o médico ao longo de toda a graduação e não apenas como parte de uma determinada matéria. Portanto, Ética Médica deveria ser lembrada a cada disciplina ministrada, dentro é claro, das perspectivas e dos contextos de cada uma (GOLDIE, 2000:116; FOX *et al.*, 1995:767).

Os objetivos da disciplina de Ética Médica e Bioética da Faculdade de Medicina da UNIVALE, são entre outros oferecer já no primeiro semestre do curso médico, as primeiras letras sobre Ética Médica e Bioética, de forma a incutir na mente dos alunos a importância da Ética Médica em Medicina. Ao final do curso os alunos deverão possuir bons conhecimentos a respeito da importância do sigilo médico; das anotações no prontuário; do consentimento livre e esclarecido, e suas implicações em pesquisa com seres humanos; da importância da boa relação médico-paciente-família (GRISARD, 2002:99). Estes objetivos são basilares e devem nortear todos os cursos de Ética Médica nas EM, portanto, devem fazer parte da disciplina.

Muñoz (2003:123) relatou em sua pesquisa que a disciplina de Ética Médica existe formalmente no currículo, como disciplina independente, em 37,7% das EM brasileiras, em 62,3% é ministrada por outra(s) disciplina(s), sendo associada à disciplina de Medicina Legal na grande maioria dos casos (81,5%). O ensino de Ética Médica se dá em uma única série da graduação (76,1%) na maior parte das EM brasileiras, sendo que 27,8% concentram seu ensino no 4º ano e 60% o ministram no 3º, 4º ou 5º ano. A Ética Médica é ensinada em dois anos em 11% da EM brasileiras e é incluída em três anos letivos somente em 2,2% das EM estudadas. Apenas em 3,1% das EM têm Ética Médica nos seis anos do curso médico. A carga horária é no máximo 45 horas em 63,4% das EM e em 20,4% apenas 15 horas são destinadas ao estudo de Ética Médica. Em compensação em 9,1% das EM envolvem 76 horas para a disciplina. Acrescentou ainda que em 33,3% da EM brasileiras a disciplina de Ética Médica era autônoma há uma década, sendo denominada de Deontologia em 68%. A disciplina tornou-se independente em 4,4% das EM e em 40% o termo Deontologia foi mantido, sendo adotada a designação de Bioética somente em 26,7%. A própria autora conclui seu trabalho afirmando que apesar de observar um discreto aumento na carga horária, os dados são insignificantes quando comparados aos de outras disciplinas. Estes dados nos levam a acreditar que a pequena carga horária da disciplina é responsável pela pouca importância muitas vezes dada ao curso.

Outra dificuldade deve-se ao fato de que os alunos revelam maior empenho por assuntos das áreas das ciências exatas e biológicas ou por temas que eles já tenham contato e conhecimento no seu cotidiano. Howe (1987:343) evidenciou em seu trabalho que a satisfação dos estudantes com relação ao curso é adequada ao tempo do mesmo.

Observa-se também que algumas faculdades lecionam Ética Médica no sexto ano do curso (LOVETT, 1990:40). Neste caso, além dos obstáculos supracitados o aluno poderia trazer condutas inadequadas de má prática médica adquirida desde o início da faculdade. Outras universidades, como a PUC de Ribeirão Preto, dão o curso nos três primeiros anos de faculdade, os chamados anos pré-clínicos.

Entende-se que é pertinente a continuação do ensino de Ética Médica nos semestres mais adiantados do curso, não devendo se restringir a um semestre do curso médico. A dificuldade é formatar um currículo ideal que contemple todo conteúdo e a formação

dos professores.

Estudo realizado por Satterwhite *et al.* (1998:529), avaliou a percepção dos estudantes de Medicina sobre o comportamento ético nas atividades através de um corte em quatro turmas na *Wake Forest University School of Medicine*. Os estudantes relataram a existência de comportamento eticamente inaceitável que iniciava-se cedo e aumentava num crescendo a cada ano do curso médico. O trabalho conclui que a orientação ética deva começar logo no primeiro ano do curso e que a faculdade deve promover mudanças no ensino de clínica médica e semiologia, para uma contribuição positiva na cultura médica dos futuros profissionais.

De acordo com os trabalhos estudados observa-se uma tendência mundial de inserir a Disciplina de Ética Médica e Bioética nos currículos das EM. É flagrante este pensamento que indubitavelmente será gerador de impacto na construção do perfil dos jovens graduandos e em suas trajetórias.

Ao final do curso os graduandos deverão possuir bons conhecimentos de Ética Médica e Bioética, assim como as especificidades da profissão, permitindo um comportamento digno de um profissional que lida com vidas humanas e que se preocupa em aliviar o sofrimento.

### **Professores de Ética Médica**

Quem deve ensinar Ética Médica? Esta é outra pergunta colocada em muitos estudos sobre o assunto. A reflexão gira em torno da questão de quais profissionais devem participar do ensino de Ética Médica e quais as competências devem dominar para que o ensino-aprendizagem seja profícuo.

Qual o mínimo de didática necessária para que o professor da EM desempenhe bem as suas funções? Mesmo que o médico não seja um pedagogo, há alguns elementos básicos para a ação educativa, como por exemplo: objetivos, conteúdo, método e avaliação; que caracterizam a finalidade da tarefa educativa (MARCONDES, 1985:44). Ensinar não é um processo simples, requer a capacidade de adaptar ou criar procedimentos para atender as demandas mutáveis da situação de aprendizagem; exige do professor a habilidade de oferecer experiências que possibilitem aos alunos aprender e utilizar o aprendido. O processo de ensino-aprendizagem deve possibilitar ao aluno lembrar, pensar, sentir, acreditar e realizar (ROITMAN, 1983 *apud* MARCONDES, 1985:44).

No seminário promovido pela ABEM<sup>90</sup>, em 1985, em relação à formação docente, houve consenso sobre o despreparo da maioria dos professores que de um modo geral são especialistas em algumas áreas médicas. Não há um modelo de formação para o médico-professor (LAMPERT, 2002:111). Isto demonstra claramente que os professores têm grande conhecimento técnico sobre o conteúdo, entretanto, nem sempre estão preparados como professores conhecedores das formas de ensinar.

Existe uma conformidade muito difundida atualmente referendando a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade para que o curso de Ética Médica atinja seus extensos objetivos (GOLDIE, 2000:116). Relativa a questão proposta, há dúvidas sobre esta necessidade, até porque a obrigatoriedade pode inviabilizar a proposta.

Siqueira (1993:94) defende que o verdadeiro docente deve possibilitar o aprendizado de habilidades psicomotoras, ao tempo em que fornece parâmetros socialmente justos e eticamente aceitos de relacionamento médico-paciente. O estudante de Medici-

<sup>90</sup> Seminário promovido pela ABEM e Comissão de Ensino Médico do MEC, sob os auspícios da Fundação Kellogg, em 1985 (Documentos da ABEM, nº 11, 1986, *apud* LAMPERT, 2002:110).

na, por sua vez, não deve aceitar que na EM exista patamares diferenciados de cidadania entre os atores sociais que convivem no mesmo ambiente, estudantes, colegas, professores, pacientes, funcionários, etc. O relacionamento médico-paciente é o ponto central da profissão médica. Só pode haver ensino médico de qualidade quando existe uma boa relação aluno-paciente-comunidade. Afirma que desta forma o paciente torna-se: “*Paciente sujeito e não objeto de estudo, entendido e tratado de acordo com sua cultura*”.

### **Perfil dos professores**

Na capacitação docente Lampert (2002:254) relata que as EM mantêm o seguinte formato:

- a) A predominância é não exigir formação pedagógica do corpo docente;
- b) A grande ênfase na formação tem-se limitado à atualização técnico-científica;
- c) Aumenta a tendência de aproximação dos docentes dos serviços de atenção, na busca de integração da EM, sobretudo e mais recentemente, mediante convênios com o governo municipal, refletindo o processo de municipalização de saúde.

Benatar (1994:760-1) descreve que professores de Ética Médica precisam ter conhecimento amplo das ciências humanas, entendimento de filosofia, teorias e princípios morais. Relativo aos professores de Ética Médica também são necessários conhecimentos a cerca da prática médica, das relações interpessoais e da legislação, principalmente os códigos de Ética Médica e seus princípios.

Nesse contexto, é difícil imaginar uma única pessoa com experiência tão vasta (FOX, 1995:762). Uma estratégia que vem sendo bastante aplicada é ter uma equipe composta por médicos e não-médicos ensinando cooperativamente (GOLDIE, 2000:116; FOX, 1995:762). Os educadores da área de Ética Médica pensam em rever o seu papel na Medicina, até porque pouco se discute a esse respeito. É necessário que esta reflexão ocorra, porque muitas vezes estes professores são acusados de somente introduzirem as normas da prática médica e se esquivando da difícil questão relativa à politização.

Três importantes tarefas cabem aos educadores de Ética Médica: é preciso ensinar as habilidades e competências tradicionais, associadas com questões éticas; é necessário certificar-se que os estudantes estão familiarizados com os códigos de Ética Médica, assim como com o perfil do profissional que se deseja formar; é preciso que os professores desta disciplina reconheçam o papel social da Medicina e da Ética Médica (SÁ JUNIOR, 2002:50).

Muitos dos pioneiros no ensino formal de Ética Médica iniciaram suas carreiras como professores de filosofia moral e teologia (GOLDIE, 2000:116). É indubitável a necessidade de professores médicos no ensino de Ética Médica, no entanto, a participação de outros profissionais especialmente: filósofos, teóricos (eticistas) e teólogos, vêm sendo frequentemente documentada. A presença desses últimos é controversa, visto que alguns estudos relatam a presença efetiva de padres participando do curso de Ética Médica (HART, 1995:59).

Outros acreditam que pode haver conflitos entre as crenças religiosas e a conduta médica, principalmente quando se trata de temas polêmicos como aborto e eutanásia entre outros (MIYASAKA *et al.*, 1999:519). Observa-se uma grande quantidade de publicações na área de Bioética, de autoria de padres e teólogos. Em relação à presença destes

profissionais no ensino de Bioética, não se encontra demérito, todavia, concorda-se com o autor quando afirma que podem ocorrer conflitos entre as crenças religiosas e os avanços científicos.

Pellegrino *et al.* (1985 apud HOWE, 1987:340) relataram que os estudantes de Medicina preferem médicos a eticistas na disciplina, designando os primeiros como professores mais efetivos de Ética Médica. Outro estudo demonstrou que os estudantes preferem a contribuição de ambos, eticistas e médicos no ensino (HOWE, 1987:340-1). Considera-se que convidados de diversas áreas são bem vindos para complementarem algumas lacunas, contudo, a responsabilidade da condução da disciplina de Ética Médica deve ser feita por um médico, porque há necessidade de vivência de situações reais, que por sua vez podem ser conflituosas, e outros profissionais teriam dificuldades de expor estas experiências.

Não existe um padrão definido ou um estereótipo de professor de Ética Médica. Existem vários relatos com diferentes metodologias e ideologias variando de acordo com a instituição e nesta perspectiva alguns foram bem sucedidos, outros não. Logo, não existe certo ou errado quando se trata de quem deve ensinar Ética Médica. Todavia, a tendência atual é que o ensino seja cada vez mais multidisciplinar e, portanto, aberto às discussões destacando o reconhecimento das ciências sociais nesse campo (MIYASAKA *et al.*, 1999:520).

### **Quem deve ensinar Ética Médica?**

Muñoz (2003:123) relata que a maioria dos professores responsáveis pelo ensino de Ética Médica nas EM brasileiras são médicos (94,5%) e alguns (5,6%) além de médicos, são também advogados. Isto demonstra o interesse dos médicos pelo assunto demonstrando sua práxis para elucidar os casos estudados. Segundo a mesma autora, 41,7% das EM brasileiras têm somente um professor de Ética Médica, 67,4% têm no máximo dois e 14,6% não os tem, sendo a disciplina ensinada por docentes de outras disciplinas. Em 42,7% das EM os professores de outras disciplinas participam do ensino de Ética Médica. Este resultado levanta a suspeita de que pouco caso é dado à disciplina de Ética Médica se comparado os números de professores contratados por outras disciplinas.

Em relação à formação e vivência dos princípios e diretrizes pedagógicas, os médicos docentes podem ser classificados em três níveis: professores com excelente formação e vivência técnico-pedagógica; professores em busca de atualização, com alguma formação e vivência pedagógica e os que não têm preparo específico para o exercício do magistério, chamados autodidatas, estes últimos com certeza são a grande maioria (FERREIRA, 1983 *apud* MARCONDES, 1985:44). Estes dados não se referem à competência profissional na área de especialização e conhecimentos médicos. O recrutamento dos médicos para ensinarem nas EM está condicionado a aptidões específicas, qualidades de formação e níveis de competência profissional, bem como o sucesso obtido em áreas profissionais alheias ao magistério (MARCONDES, 1985:44).

Segundo Sá Jr (2002:54) o educador médico mantém compromissos pessoais, morais e sociais que lhe atribuem responsabilidades técnicas, científicas e éticas. Destacando-se o caráter essencialmente altruísta, de solidariedade, de ajuda e de proteção que deve estar presente em toda relação pedagógica e em toda conduta médica, formando o núcleo comum do compromisso social de eticidade. A tarefa do professor de

Medicina costuma ter a obrigação de manter o ensino médico atualizado e ao mesmo tempo utilizar técnicas didático-pedagógica modernas e eficazes para o teor desejado.

O conteúdo deontológico da disciplina justifica a presença maciça de professores médicos e sua alocação nos departamentos de Medicina Legal (CAMARGO, 1996:48). Importante mencionar que na avaliação da conduta médica e do desempenho pedagógico do professor de Medicina, pelos alunos, não há separação entre os aspectos técnicos dos éticos, nem os pessoais dos profissionais, levando a crer que os professores são avaliados no seu conjunto, no todo.

Acredita-se que não há melhor nem pior professor por conta de sua formação profissional, mas sim pela sua formação sobre o tema e sua experiência frente às dificuldades que se interpõe no atendimento médico. Os estudos aquilatados revelam algumas experiências em EM brasileiras e em outros países, entretanto seus resultados ainda não foram analisados ao longo do tempo.

### **Conteúdo, competências e habilidades**

O que ensinar? A escolha do conteúdo a ser trabalhado na disciplina merece um destaque especial. Qual conteúdo seria considerado importante para despertar o interesse dos alunos e que simultaneamente seria pertinente para sua formação humanista?

Marcondes (1985:43) chama a atenção para o compromisso ético de redefinição do papel do médico na sociedade através do uso racional dos conteúdos curriculares. Refere que os conteúdos desenfreadamente atualizados estão massacrando os alunos com conhecimentos especializados e de tecnologias complexas, tornando o estudante de Medicina equipamento dependente e restringindo o aprendizado de competências e habilidades de *“como ser médico”*; portanto, não restando tempo para o crescimento como seres humanos. O autor cita Goldberg (1973:63-72) que diz: *“Um programa educacional será, pois, tanto mais eficaz quanto maior responder às demandas do sistema social [...]”*.

O princípio geral para a construção dos temas faz-se a partir da Medicina hipocrática. Ensina-se que o exercício da Medicina deve ser fundamentado em aspectos humanísticos e holísticos,<sup>51</sup> partes importantes de uma boa educação médica (MC KNEALLY et al., 2001:1164).

De acordo com Souza e Dantas (1985:7-9), estes deveriam ser os temas adotados na disciplina:

*[...] Assim são privilegiados os seguintes temas: introdução à Ética Médica, responsabilidade profissional médica, segredo médico, honorários profissionais, relacionamento com o doente, relacionamento com colegas e entidades médicas, charlatanismo e curandeirismo e deveres fundamentais do médico.*

O conteúdo supra citado é mais adotado nas disciplinas de Ética Médica nas EM brasileiras (MUÑOZ, 2003:123-4).

Busca-se não apenas a aplicação e execução da compreensão crítica da deontologia e diceologia médicas, mas sobretudo, a discussão de dilemas éticos e morais contemporâneos,

<sup>51</sup> União dos conceitos gregos – *holos* (que significa totalidade) e o sufixo – *on* (que significa parte ou partícula) – criando um neologismo para explicar as inter-relações existentes nos sistemas complexos como a mente humana e as ambiências humanas.

como a questão da clonagem de órgãos e tecidos, assim como dos transplantes que tão bem ilustram a vida médica neste início de século (GLICK, 1994:240; GOLDIE, 2002:490).

O trabalho realizado por Muñoz (2003:123) descreve que os professores apontam três objetivos mais importantes do curso de Ética Médica assim descritos: formar profissionais mais humanos; formar profissionais com postura ética compatível com os elevados ideais da profissão; ensinar as normas que regem a profissão médica.

### **Enfoque disciplinar**

Os elementos considerados na escolha dos objetivos e do conteúdo programático são: a importância do tema salientado pela literatura especializada; o programa tradicional da disciplina; problemas e dúvidas ou sugestões de alunos e professores.

Rego (2003:155) defende a inclusão de filosofia da moral e da ciência como base consistente para a reflexão moral autônoma, condizente com os próprios objetivos do curso. Com a definição do objetivo da educação moral como o favorecimento ao desenvolvimento da capacidade do indivíduo e do grupo de liderarem de forma respeitosa com a diversidade de opiniões e ao mesmo tempo exprimirem suas convicções pessoais.

As humanidades médicas, tal como Carson (1994:235-8) preconiza e foram implementadas no *Institute for Medical Humanities* da *University of Texas Medical Branch*, em *Galveston (UTMB)*, incluem desde a literatura clássica e moderna até a psicologia, direito, filosofia e ética.

Apesar da introdução da Bioética ao ensino da Ética Médica e conseqüentemente demandar uma crescente atualização da disciplina, o seu ensino distancia-se do ideal. Contribui dentre outros fatores para essa finalidade, o corporativismo médico, as diferentes formas de interpretação do conceito de ética pelos alunos e professores e a moral neoliberal assentada no sistema capitalista contemporâneo, em detrimento da realização profissional e a desvalorização do ato médico (SÁ JR, 2002:65).

Outros tópicos introdutórios da Bioética são transmitidos aos estudantes ao longo do curso de Ética Médica: os princípios de ética; eutanásia e distanásia; aborto; exercício profissional, charlatanismo e curandeirismo; toxicologia; sexologia forense; pesquisa em seres humanos; alocação de recursos de saúde e sobre a morte e o morrer (SIQUEIRA *et al.*, 2002:86; MX KNEALLY *et al.*, 2001:1164; MIYASAKA *et al.*, 1999:520; GLICK, 1994:240). Os conteúdos apresentados tentam reforçar o compromisso médico com os doentes, os colegas e a sociedade sob a perspectiva da Deontologia e Diceologia Médica.

É dada também ênfase aos princípios gerais do CEM ao qual atua como mecanismo de fiscalização dos médicos, uma vez que todos os praticantes legais da profissão médica estão sujeitos juridicamente ao Conselho. O CEM contém normas e regras de condutas para os praticantes da arte médica que podem se adequar às diversas culturas, porém, prevê penas legais que se estendem desde uma simples advertência reservada, até a cassação pública do registro profissional para os médicos infratores (D'ÁVILA, 2002:117).

De acordo com Grisard (2002:107) o ensino da Ética Médica e da Bioética deve ser organizado de forma sistemática e em uma disciplina hierarquizada visando à formação do conhecimento dos alunos sobre o conceito de Medicina, a complexidade da relação médico-paciente-familiares, o segredo médico e demais atividades que entremeiam o ato médico.

Observa-se que não existe consenso sobre o conteúdo abordado pela disciplina de Ética Médica das diversas EM avaliadas e de acordo com os artigos estudados. Cada professor juntamente com sua equipe de trabalho e de acordo com o contexto regional sugere a inclusão de determinados temas. Aqui no Brasil a maioria dos trabalhos adota o Código de Ética Médica, como conteúdo programático abraçando-o como princípios a serem seguidos. Acredita-se que esta é uma boa escolha, visto que é necessário ter conhecimento das normas que regem a conduta médica, para posteriormente discutir os diversos temas relacionados.

### **Abordagens metodológicas**

Como ensinar? A diversidade de formas utilizadas e a experiência de muitas escolas sugerem um universo de métodos de aprendizagem nesta complexa área do desenvolvimento humano.

Lampert (2002:253-254) descreve que relativo à abordagem pedagógica observou: As EM mostram-se ainda predominantemente estruturadas em ciclo básico e profissionalizante, com disciplinas fragmentadas, introduzindo, timidamente, algumas atividades integradoras. Poucas são as que têm um currículo integrado; A orientação didática dessas instituições ainda está bastante voltada para as aulas teórico-expositivas, lecionadas para grandes grupos de alunos. As práticas são ministradas a pequeno número de acadêmicos, que passam por vários docentes, em curto espaço de tempo, sem caracterizar um trabalho de tutoria.

Uma integração entre os métodos multi e interdisciplinares são geralmente os preferidos (BENATAR, 1994:761). Essa disparidade de formas é resultado da existência de múltiplos objetivos, presentes na educação da Ética Médica. A educação formal em sala de aula se baseia em intenções cognitivas e utiliza-se, principalmente, de leituras formais a cerca das diferentes questões que permeiam as relações médicas (GOLDIE, 2000:113). Contudo, é certo que a maioria das instituições de ensino administram conjuntamente, pelo menos duas ou mais técnicas educacionais que a rigor incluem seminários, aulas expositivas e práticas, discussão de casos e julgamentos simulados.

Muñoz (2003:123) revela em seu trabalho que os principais métodos de ensino utilizados pelas EM brasileiras para lecionar Ética Médica são as aulas magistrais, mesas-redondas, discussão de casos e apresentação de seminários.

Segundo Siqueira (2002:86) há uma real necessidade de reestruturar o aparelho formador, particularmente pela escolha da metodologia de ensino que se adeque aos novos questionamentos apresentados pela sociedade e que permita reconhecer o ser humano em sua complexidade e realidade biopsicossocial. O modelo clássico do ensino de Ética Médica através da disciplina de Medicina Legal tornou-se insuficiente para atender à necessária formação humanística do médico.

### **Seminários**

A escolha de seminário como método de ensino, permite que sua estruturação fique a cargo dos alunos do curso. Geralmente a atividade se inicia com uma sessão introdutória dos princípios fundamentais do Código de Ética Médica (CEM) pelo corpo docente da disciplina para em seguida haver uma rotação pelos diversos campos da Ética Médica e da Bioética (ATHANAZIO, 2004:73-8; HART, 1995:56). À medida que a apresentação vai evoluindo, os estudantes tornam-se aptos a avaliar e a julgar as atitudes e argumentos controversos dos seus futuros colegas.



Existem situações específicas que fazem parte do cotidiano do médico que podem ser discutidas de forma hipotética pelos estudantes, como a situação de ser obrigado a noticiar para a família que o paciente faleceu ou está numa fase terminal da doença. Estas situações podem ser o cenário dos seminários. (NEITZKE, 1999:103). Este método permite que os alunos sejam capazes de identificar uma decisão moralmente aceitável e ao mesmo tempo buscar a melhor forma de dar a notícia para as pessoas envolvidas no problema. Já as aulas expositivas são feitas pelos mestres ao ensinar suas condutas éticas, quando estes se relacionam com os seus pacientes (currículo-oculto).

A exposição prática do conteúdo didático confunde-se muitas vezes com o estudo de casos, parecendo ser a mesma coisa, visto que os dois se baseiam em um dilema ético e moral do médico. Esse, por sua vez, envolve uma mistura de ensino didático e uma ativa participação dos estudantes no jogo que lhes oportuniza definir os fatos importantes para uma escolha posterior (LOVETT, 1990:38).

### **Julgamento simulado**

Os julgamentos simulados nos quais os alunos participam como se fossem conselheiros de um Conselho Regional vêm a completar todos esses recursos didáticos através da apresentação de ações punitivas e de suas possíveis conseqüências diante da sociedade, dos seus pares e para o exercício profissional da Medicina, previstos previamente no CEM (GRISARD, 2002:100).

Os métodos didáticos utilizados pelos professores de diversas EM aliados aos recursos de multimídias têm contribuído para facilitar o ensino de Ética Médica e seu aprendizado por parte dos alunos. Somam-se a isso, uma maior participação do corpo discente nas aulas e uma constante troca de conhecimentos e experiências entre os mestres e os aprendizes. As técnicas mais utilizadas como os seminários, as discussões de casos e os julgamentos simulados por serem atividades dinâmicas têm obtido resultados mais efetivos que outros métodos puramente teóricos (ATHANAZIO, 2004:73-8).

Um consenso entre os diversos autores como: SELF *et al.* (1998); TYSINGER *et al.* (1997); PARKER (1995) e CALMAN & DOWNIE, (1987) dedicados a estudarem os métodos de ensino da Ética Médica é a defesa da utilização de pequenos grupos para as aulas e as discussões. Esta forma de abordagem de ensino possibilita aos estudantes uma participação ativa e uma troca de opiniões mais intensa entre seus pares, promovendo um aprendizado dinâmico e uma construção coletiva das informações.

A necessidade de organização em pequenos grupos de alunos faz-se necessária em quase todos os cursos de graduação, com o objetivo de obter um melhor resultado e conseqüentemente um melhor aprendizado por parte dos alunos (GOLDIE, 2000:115; PERKINS *et al.*, 2000:278; NEITZKE, 1999:104; HART, 1995:56; BENATAR, 1994:762:). É evidente a vantagem da divisão da turma em grupos de quatro ou cinco membros, pois há uma maior integração e participação dos estudantes nas aulas, além de uma maior consolidação de conceitos morais, jurídicos e filosóficos encontrados nos princípios gerais da Ética Médica e Bioética.

Acredita-se que a discussão só tenha valor efetivo após a realização de mesas-redondas entre os diferentes grupos da sala, médicos, advogados, teólogos e professores com o objetivo de promover discussões a partir das divergências e conseqüentemente formar opiniões. Assim, há passagem de um “*caso-papel*” para uma perspectiva real,

muito mais atraente e pedagogicamente interessante. A vida real torna o assunto mais claro, logo, bem-sucedido no contexto da identificação do aluno com o trabalho médico e com a situação de sofrimento do paciente em cada caso (GOLDIE, 2000:115; NEITZKE, 1999:102; BENATAR, 1994:762).

Athanázio e colaboradores (2004:73-8) apresentaram a ACADEMÉTICA como uma nova abordagem didática no ensino de Ética Médica e nas discussões de Bioética. Este modelo foi adotado a partir de 2002, por um grupo de alunos da EM pública, inicialmente, e da EM privada, posteriormente, que de forma voluntária se reúnem no Conselho Regional de Medicina da Bahia, CREMEB, sob a coordenação de professores da disciplina das EM. Este trabalho está em desenvolvimento e pretende dar continuidade aos estudos da disciplina, que ficam limitados a um semestre nas EM citadas. Esse desejo de continuar e aprofundar os estudos da disciplina é também resultado da carência observada pelos alunos diante do curso, que se pretende mais técnico.

De acordo com os estudos analisados não existe uma forma ideal a ser seguida como método de escolha para o ensino de Ética Médica. Diversas possibilidades podem ser desenvolvidas variando com os interesses e as condições de trabalho de cada grupo. Defende-se as atividades e o desenvolvimento de interação com os estudantes, criando situações-problema que estariam próximas à realidade. Nestas circunstâncias as discussões são mais ricas, com a tendência de maior participação a partir dos educandos possibilitando a construção do seu aprendizado.

### **Avaliação**

Como avaliar o ensino-aprendizagem da Disciplina de Ética Médica? Quais os métodos avaliativos ideais? Este tema tem sido um desafio e não poderia ser diferente na disciplina de Ética Médica. A avaliação tem sido muito discutida e Glick (1994:243) diz em seu trabalho que está convencido de que os estudantes necessitam de um exame como estímulo, para que a disciplina adquira mais seriedade no curso. Concorde-se com o autor, porque quando não há avaliação a tendência do alunado é desvalorizar o curso, inferiorizando-o numa escala hierárquica.

Entende-se que o assunto avaliação é muito vasto, sendo necessário um aprofundamento para uma maior compreensão ao que se propõe e ao que se pretende estudar. Desta forma, é importante inserir alguns conceitos versando sobre avaliação.

Sant'anna (1995:28-9) pesquisou algumas definições sobre avaliação que demonstram a diversidade de opiniões de acordo com cada autor:

*Avaliar é:*

*Ver se valerá a pena!*

*Ver se vale a pena!*

*Ver se valeu a pena!*

*Avaliar não é rotular alguma coisa e muito menos alguém!*

*Avaliar é atribuir um valor! (SANT'ANA, 1995:16).*

A avaliação é essencialmente um processo centralizado em valores (PENNA FIRME, 1976:17).

*Avaliação significa atribuir um valor a uma dimensão mensurável do comportamento em relação a um padrão de natureza social ou científica (BRADFIELD & MOREDOCK, 1963).*

*É um processo contínuo, sistemático, compreensivo, comparativo, cumulativo, informativo e global, que permite avaliar o conhecimento*

do aluno (MARQUES, 1976).

*Avaliação é a coleta sistemática de dados, por meio da qual se determinam as mudanças de comportamento do aluno e em que medida estas mudanças ocorrem (BLOOM et al, 1971)*

Todos estes conceitos traduzem a idéia da dificuldade em elaborar uma definição única. Percebe-se também a amplitude do tema, parecendo que avaliação faz parte da vida, não só acadêmica.

A finalidade da avaliação é ajudar o aluno a conhecer seu real progresso no caminho da aprendizagem. Deve ser centrada em valores, daí o seu caráter ético, com sentido completamente distinto de medição. Medir é o ato de colher informações e ordená-las e avaliar é o ato de interpretar os dados obtidos, julgando-os à luz de parâmetros preestabelecidos (MARCONDES, 1985:45).

De acordo com Marcondes (1985:45) o procedimento ético no campo da avaliação deve seguir algumas características, que se seguem: *Do processo* (programa) e *do produto* (alunos), buscando relação de causa e efeito entre ambos; *Válida* – quando se avalia o que foi proposto avaliar: procurando afastar erros sistemáticos, ou constantes; *Confiável* – quando os resultados são reprodutíveis: procura afastar os fatores “sorte” e “azar”; *Objetiva* – quando diferentes observadores obtêm os mesmos resultados: procura afastar o “eu acho”; *Constante* – quando fornece os mesmos resultados em diferentes épocas; *Prática* – quando é factível no meio em que se trabalha.

O mesmo autor ainda propõe que a avaliação pode ser: *Competitiva* – interalunos (quem é o melhor?); *Cooperativa* – intra-aluno (um determinado aluno vem melhorando?); *Por critério* – identifica o desempenho em relação a um padrão do qual decorre “sim” ou “não” como resultados; *Por normas* – identifica e classifica o desempenho em relação ao de outros alunos no mesmo mecanismo de mensuração (ordena e classifica: há comparação com algum grupo normativo); *Diagnóstica* – identifica se determinados pré-requisitos foram cumpridos, envolvendo eventuais programas de recuperação; *Formativa* – acompanha o aluno durante o “percurso”, detectando falhas e as corrigindo em tempo; *Somativa* – avalia o desempenho terminal.

Cipriano Luckesi (1994:180) defende que:

*O ato de avaliar, por sua constituição mesma, não se destina a um julgamento definitivo sobre alguma coisa, pessoa ou situação, pois que não é um ato seletivo. A avaliação se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão; destina-se a melhoria do ciclo de vida. Deste modo, por si, é um ato amoroso.*

Fato que não se concretiza na realidade dos educadores e educandos. O “ato amoroso” muitas vezes está distante da relação professor- aluno.

Perrenoud (1999:66) afirma que:

*A avaliação freqüentemente absorve a melhor parte da energia dos alunos e dos professores e não sobra muito para inovar” e que “o sistema tradicional de avaliação participa de uma espécie de chantagem, de uma relação de força mais ou menos explícita, que coloca professores e alunos e, mais, geralmente, jovens e adultos, em campos opostos, impedindo sua cooperação .*

Esta citação demonstra que existem movimentos dificultadores da aprendizagem, porque colocam professores e alunos como inimigos, reacendendo as tensões de força e relações de poder contrários.

A avaliação permeia toda vida do educador e do educando e independente da vontade dos dois. Variam os entendimentos do que seja avaliação, de acordo com o enfoque adotado. Na literatura foram encontrados diversos significados atribuídos à avaliação educacional. Algumas concepções enfatizam a dimensão *medida*, outras estão mais voltadas para o aspecto de *juízo*, ou juízo de valor, enquanto outras ainda permeiam as duas (SANT'ANNA, 1998:176).

Segundo Flávia Sant'ana (1998:175) a avaliação dos resultados do ensino-aprendizagem é de grande relevância, porque eles proporcionam informações fundamentais para o processo de tomada de decisão (administração escolar; planejamento curricular; etc) e têm condições de melhorar o processo ensino-aprendizagem (planejamento do ensino; atividades; etc).

Lampert (2002:253-4) descreve que: "a avaliação ainda tem a forte presença da prova escrita sem muita ênfase na avaliação de habilidades e na avaliação interativa".

### Tipos de métodos avaliativos

Outros métodos avaliativos foram pesquisados para substituir à tão debatida prova escrita, buscando analisar outras competências e habilidades, difíceis de serem medidos nesta tipologia. Acredita-se que é pertinente este tipo de avaliação, porque estas categorias podem se adequar à disciplina de Ética Médica. A tabela que se segue tenta avaliar competências e habilidades qualitativas, que normalmente não são avaliadas nas provas escritas.

Produto	Comportamentos representativos
<b>Habilidades</b>	Falar, escrever, escutar, leitura oral, realizar experimentos no laboratório, desenhar, tocar um instrumento musical, habilidade de trabalhar, de estudo e habilidades sociais.
<b>Hábitos de trabalho</b>	Uso do tempo, uso do equipamento, uso de recursos; demonstra iniciativa, capacidade criadora, persistência.
<b>Atitudes sociais</b>	Preocupação com o bem estar dos outros, respeito às leis, à propriedade alheia, sensibilidade ante as questões sociais, preocupação com as instituições sociais, desejo de trabalhar em prol da melhoria social.
<b>Atitudes científicas</b>	Mente aberta, sensibilidade para as relações de causa e efeito, mente indagadora.
<b>Interesses</b>	Sentimentos expressos com respeito a varias atividades educacionais, mecânicas, estéticas, científicas, sociais, recreativas, vocacionais.
<b>Apreciação</b>	Sensação de satisfação e prazer que se expressa com respeito pela natureza, música, arte, literatura, habilidades físicas, contribuições sociais notáveis.
<b>Ajustes</b>	Relação com os iguais, reação ante o que se pensa e a crítica; reação ante a autoridade, estabilidade emocional, adaptabilidade social.

**Tabela 1:** Avaliação de procedimentos que vão além da prova escrita. **Fonte:** Groumlund, (1970:468 *apud* SANT'ANNA, 1995:67)

A tabela 1 ressalta as atitudes sociais e hábitos de trabalho, além da atitude científica. O professor pode selecionar alguns dos itens propostos na tabela para referendar sua

avaliação. Ela demonstra que estes comportamentos podem ser adaptados para a Disciplina de Ética Médica, possibilitando avaliar os estudantes de maneira qualitativa.

Quando se trata de procedimentos de avaliação entra-se no domínio da medida educacional. Os limites entre avaliação e medida não são nítidos e nem precisos. De um modo geral, pode-se dizer que a avaliação é um processo mais amplo e abrangente do que a mensuração. Portanto, a avaliação pode ser a descrição quantitativa do desempenho do aluno (medida) e/ou a descrição qualitativa do desempenho do aluno (não-medida) e o julgamento de valor (SANT'ANNA, 1998:187).

As funções da avaliação estão intimamente relacionadas às funções da educação, que são integrativa e diferenciada (Vasconcelos, 2003). A função integrativa busca tornar pessoas semelhantes em idéias, valores, linguagem, ajustamento intelectual e social. Unificando o grupo. A função diferenciada visa salientar as diferenças individuais, preparar as pessoas segundo suas competências particulares, formando-as para profissões e atividades específicas.

São funções gerais da avaliação: fornecer as bases para o planejamento; possibilitar a classificação e seleção de pessoal (professores, alunos, especialistas, etc); ajustar políticas e práticas curriculares. São funções específicas da avaliação: facilitar o diagnóstico; melhorar a aprendizagem e o ensino controle; estabelecer situações individuais de aprendizagem; promover e agrupar alunos, promovendo uma classificação entre eles (Sant'ana, 1998:178-82).

A avaliação tem que ter um caráter flexível. Apesar das dificuldades de seguir um projeto, há de se respeitar uma linha tradicional de metodologia. As variações decorrem de acordo com os critérios, dependem da área da pesquisa e da maturidade dos avaliadores. Qualquer avaliação segue uma escala, uma forma, tem os instrumentos, variam as metas, a extensão e o tipo, mas não se pode perder de vista que o objetivo principal é fazer um diagnóstico. E este diagnóstico é que vai orientar a escolha do tratamento, vai determinar as mudanças, elaborar as transformações. Cada vez mais se aceita avaliar pensando no benefício final do trabalho. No avanço que pode trazer para aquela escola, instituição ou comunidade. Finalmente vai trazer um avanço, um crescimento profissional.

### **O caráter da avaliação**

Quando o assunto é ética tudo é polêmico, não existem dicotomias, pragmatismos, mas debates, argumentos e razões. Guardando as devidas proporções, isto também ocorre na Ética Médica, apesar de haver codificações os assuntos suscitam muitas dúvidas. Por isso, a forma dos professores avaliarem os estudantes é extremamente difícil e muito discutida, não havendo consenso. Alguns modelos vêm sendo experimentados, porém, com muita dificuldade, pela complexidade do problema. Como medir objetivamente procedimentos médicos repletos de valores e crenças? Assim sendo, muitas vezes a avaliação deve ser, obrigatoriamente, qualitativa e de forma subjetiva (GOLDIE, 2000:116).

O fato é que sendo Ética Médica uma disciplina independente, é necessário estabelecer critérios para avaliar aspectos cognitivos da capacidade dos alunos para resolverem problemas. Estes podem ser exemplificados como a habilidade de compreender conceitos, de construir argumentos racionais e de reconhecer questões morais (FOX, 1995:767). Para medir o nível dessas competências e habilidades, têm se avaliado através

de questionários e entrevistas e com "*pacientes simulados*". Os testes são a única forma de analisar se o aluno desenvolveu a criticidade necessária para o exercício da profissão e se é capaz de questionar e buscar solucionar os problemas. A observação do professor no atendimento do aluno a um determinado paciente pode demonstrar se ele o faz de forma ética (BICKEL *et al.*, 1987:374-5).

Inexiste uma resposta clara e exata para todas as questões, muito menos para os testes. Podendo inclusive haver mais de uma resposta correta a depender da perspectiva. Porque são problemas que estão sendo vivenciados a cada dia, sendo cada caso um caso. Os dilemas são permanentes, dinâmicos e dialéticos, portanto não há possibilidade destes conceitos se firmarem de forma cristalizada, fechada ou em bloco.

Muñoz (2003:123) demonstrou que nas EM brasileiras as formas de avaliação mais citadas pelos professores foram: prova escrita dissertativa (77,5%), a apresentação de seminários (60,7%), prova escrita através de testes (58,4%) e trabalho escrito sobre tema escolhido pelo professor (56,2%). Estes dados sugerem que a avaliação continua embasada nos moldes tradicionais, ou seja, não há relatos alvissareiros de mudanças ou de novidades na área.

Na Universidade de Chicago foi desenvolvida uma espécie de escala: as provas não são corrigidas com *certo* ou *errado*, mas baseando-se no nível dos argumentos apresentados, estes são pontuados de acordo com uma *escala* previamente estabelecida pelo corpo docente. Esta escala também é avaliada por duas pessoas independentes e que não tenham tido nenhum acesso a sua criação (NEITZKE, 1999:104; SIEGLER *et al.*, 1982:384). Várias EM americanas também utilizam métodos para aprovação. Para obter os resultados, combinam testes orais e escritos, objetivos e subjetivos, na forma de resposta a casos pacientes (BICKEL, 1987:374-5). Há ainda exemplos como a Universidade de Liverpool, onde o exame de Ética Médica é realizado juntamente com o de Psiquiatria (LOVETT, 1990:41).

Deve-se evitar que a dificuldade em avaliar seja um impedimento para a formalização da disciplina de Ética Médica (BICKEL, 1987:374-5). Vencer o desafio de medir o progresso cognitivo dos alunos em relação ao início do curso é possível através de instrumentos como a utilização de "*casos-problema*", desta forma pode-se fazer uma avaliação do aprendizado observando as sugestões para os problemas propostos (GOLDIE *et al.*, 2002:490).

Nos estudos analisados conclui-se que diversas formas de avaliação são adotadas no ensino médico e quando se trata do ensino de Ética Médica é ainda mais evidente a disparidade de formas. Acredita-se que esta dificuldade deve ser causada pelo problema em medir o aprendizado de temas que não tem obrigatoriamente uma resposta correta, mas um conjunto de possibilidades e escolhas. Assim sendo, o formato deve ser amplo e não reduzido como propõem algumas EM.

## Referências:

- Araújo, R. W. B. A ética do ensino médico e o ensino da Ética Médica. In: ASSAD, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Arruda, P. V. *Proposta de programa para a disciplina*. Bases Humanísticas da Medicina. São Paulo, 1996.
- Assad, J. E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Athanazio, R. A.; Lemos, K. M.; Fonseca, D. C.; Cunha, M. S.; Braghiroli, M. I.; Almeida, A. M.; Nuñez, G. R.; Ramos, A. C.; Barbeta, M. C.; Bitencourt, A. G.; Lordelo, M. R.; Rocha, I. M.; Soares, A. S.; Cerqueira Neves, N.; Nery Filho, A. ACADEMÉTICA: Um novo método de estudo continuado sobre Ética Médica e Bioética. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM*, v.28, nº1, p.73-78, jan./abr. 2004.
- Benatar, S. R. Teaching medical ethics. *Q. J. Med.*, 87(12): 759-67, 1994.
- Bickel, J. Human values teaching programs in the clinical education of medic students. *Journal of Medical Education*, 62(5): 369-78, 1987.
- Calman, K. C. & Downie, R.S. Pratical problems in the teaching of ethics to medical students. *Journal of Medical Ethics*, 13: 153-159, 1987.
- Camargo, M. C. Z. A. O ensino da Ética Médica e o horizonte Bioética. *Bioética*, 1996; 4(1): 47-51. Brasília, Conselho Federal de Medicina. <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>. Acesso em: 22 mar 2004.
- Carson, R. Teaching ethics in the context of medical humanities. *Journal of Medical Ethics*, 20: 235-238, 1994.
- D'acompora, A. J.; Correia, G. *Erro médico: uma abordagem*. Rio de Janeiro: Acta Cirúrgica Brasileira, 1996.
- D'ávila, R. L. É possível ensinar Ética Médica em um curso formal curricular? Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1): 115-26, 2002.
- Fox, E.; Arnold, R. M.; Brody, B. Medical ethics education: past, present, and future. *Academic Medicine*, vol. 70(9): 761-769, 1995.
- Glick, S. M. The teaching of medical ethics to medical students. *Journal of Medical Ethics*, 20(4): 239-243, 1994.
- Goldberg, M. A. A. *A avaliação e planejamento educacional: problemas conceituais e metodológicos*. Cad. Pesq., (7):63-72, jun. 1973.
- Goldie, J.; Schwartz, L.; Mc Connachie, A.; Morrison, J. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behavior on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 36(5): 489-497, 2002.
- Goldie, J.; Schwartz, L.; Morrison, J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Medical Education*, 34(6):468-73, 2000.
- Grisard, N. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1): 97-114, 2002.
- Hafferty, F. W.; Franks, R. The hidden curriculum, ethics teaching and structure of medical education. *Acad. Med.* Vol 69, p. 861-71, 1994.
- Hart, C. W. From innocence to experience: Teaching medical ethics to medical students. *Journal of Religion and Health*, 34(1): 55-60, 1995.
- Hernandez, O. M.; Espinosa, J. G.; Garcia-Manzo, N. T. Humanismo e ciência médica: uma falsa dicotomia. *Rev. Méd. IMSS (Mex)*, vol.33, p. 1-8, 1995.
- Howe, K. R. Medical students' evaluations of different levels of medical ethics teaching: implications for curricula. *Medical Education*, 21(4): 340-9, 1987.
- Lampert, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- Lovett, L. M. & Seedhouse, D. An innovation in teaching ethics to medical students. *Medical Education*, 24(1): 37-41, 1990.
- Luckesi, C. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 11ª São Paulo: Cortez, 2001.
- Marcondes, E. A ética no ensino médico. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 9 (1): 42-46, jan./abr. 1985.
- Marcondes, E. Humanidades no currículo médico: fundamentos humanísticos na formação geral do médico. São Paulo: *Rev. HU-USP*, v.11, n. 1/2, p.34-43. jan/dez. 2001.
- Martin, L. M. *A Ética Médica diante do paciente terminal nos Códigos Brasileiros de Ética Médica*. Editora Santuário, SP, 1993.
- Mc Kneally, M. F.; Singer, P. A. Bioethics for clinicians: Teaching bioethics in the clinical setting. Canadá: *Canadian Medical Association Journal*, 164(8): 1163-7, 2001.

- Miyasaka, M.; Akabayashi, A.; KAI, I.; OHI, G. An international survey of medical ethics curricula in Asia. *Journal of Medical Ethics*, 25(6): 514-21, 1999.
- Montoya, D.; Rosmanich, A.; López, J. Aspectos clínicos y evaluación médico-legal em demandas por responsabilidade médica em obstetria y ginecologia. Chile: *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 1993.
- Muñoz, D. R.; Muñoz, D. R. O ensino da Ética Médica nas faculdades de Medicina do Brasil. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 2003; 1(1): 114-124.
- Neitzke, G. Teaching medical ethics to medical students: moral, legal, psychological and philosophical aspects. *Med Law*, 18(1): 99-105, 1999.
- Nicholas, B. Power and the teaching of medical ethics. *Journal of Medicine Ethics*, 25(6): 507-513, 1999.
- Parker, M. H.; Price, D. A.; Harris, P. G. Teaching of medical ethics: implications for an integrated curriculum. Australia: *Medical Education*, 31:181-187, 1997.
- Pereira, G. O ensino médico no Brasil. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 9 (3):182-186, set./dez. 1985.
- Perkins, H. S.; Geppert, C. M.; Hazuda, H. P. Challenges in teaching ethics in medical schools. *The American Journal of the Medical Sciences*, 319(5), 273-8, 2000.
- Perrenoud, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- Pessoti, I. A formação humanística do médico. Ribeirão Preto: *Medicina*, vol. 29, p. 440-8, 1996.
- Rego, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- Sá Jr, L. S. Ética do professor de Medicina. Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1): 49-84, 2002.
- Sant'anna, F. M.; Enricone, D.; André, L. C.; Turra, C. M. G. Planejamento de ensino e avaliação. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- Sant'anna, I. M. Por que avaliar?: Como avaliar?: critérios e instrumentos. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- Satterwhite, W. M.; Satterwhite, R. C.; Enarson, C. E., Medical students' perceptions of unethical conduct at one medical school. *Acad. Med.* 1998.
- Self, D. J.; Baldwin, D. C. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Academic Medicine*, 73(10): S91-S93, 1998.
- Siegler, M.; Rezler, A. G.; Connell, K. J. Using simulated case studies to evaluate a clinical ethics course for junior students. *Journal of Medical Education*, 57(5): 380-5, 1982.
- Siqueira, B. P. A ética do estudante de Medicina. In: ASSAD, J.E. *Desafios éticos*. Brasília: CFM, 1993.
- Siqueira, J. E.; Sakai, M. H.; Eisele, R. L. O ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Brasília: *Revista de Bioética e Ética Médica, CFM*, 10(1):85-95, 2002.
- Souza, E. G.; Dantas, F. O ensino da deontologia nos cursos de graduação médico do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol. 9, nº 1, janeiro-abril, 1985.
- Tysinger, J. W. et al. Teaching ethics using small-group, problem-based learning. *Journal of Medical Ethics*, 23: 315-318, 1997.
- Vasconcellos, C dos S. *Avaliação da aprendizagem: práticas de mudança – por uma práxis transformadora*. São Paulo: Libertad, 2003.
- World Medical Association. "Declaration of Geneva", 1948, amended 1968, 1983, in Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of bioethics – Revised Edition*, Simon and Schuster Macmillan, vol. 5, pp. 2646-2647, New York, 1995.



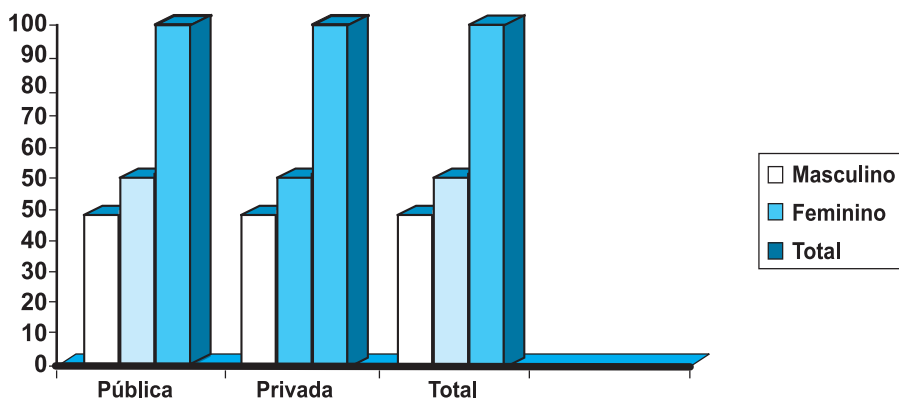
## Resultados

O trabalho de campo foi realizado por meio de uma pesquisa quantitativa, através da aplicação de questionários, com os alunos das duas EM de Salvador, Bahia. A pesquisa qualitativa foi realizada utilizando-se entrevistas semi-estruturadas, com o corpo docente. Todos os estudantes incluídos neste trabalho já tinham cursado a Disciplina de Ética Médica, após as transformações metodológicas inseridas no currículo a partir do ano de 2000 na Universidade Federal da Bahia e 2001 na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, ficando com uma amostra estratificada de 240 ( $n = 240$ ). As entrevistas e os questionários só foram realizados após a leitura e a anuência em participar depois de lido e apreendido os termos do consentimento livre e esclarecido. Foi assumido o compromisso de manutenção do sigilo da identidade dos sujeitos pesquisados. A seguir estão descritos os resultados encontrados neste trabalho.

O primeiro ponto a ser mencionado é a resolução da *World Medical Association*, recomendando a inclusão do ensino de Ética Médica no currículo das EM de todo mundo. Esta recomendação fundamenta a importância destinada ao assunto e a preocupação em formar uma cultura em torno da profissão. Muitas entidades médicas nacionais seguem o mesmo caminho, buscando que este ensino configure como disciplina obrigatória da graduação em Medicina. Pode-se observar que a Ética Médica tem 2.500 anos de história, entretanto somente há trinta está incluída no currículo, de maneira formal. Vale destacar que há um grande crescimento do número de denúncias contra médicos, que se avolumam nos Conselhos Regionais e na Justiça brasileira, fato que desperta sobre o tema.

Quanto às informações encontradas nos documentos pesquisados nas EM de Salvador, Bahia, Brasil, observa-se que a carga horária atual, assim como a creditação é pequena, ou seja, 30 horas na EM privada e 51 horas na EM pública. Estes dados permitem acreditar que há um crescimento na importância, assim como um maior engajamento da disciplina dentro da grade curricular, visto que anteriormente este tempo era ainda menor e que somente em 1991 na EM pública e 1995 na EM privada, a disciplina desvinculou-se da Disciplina de Medicina Legal, tornando-se independente. Na Disciplina de Medicina Legal, apenas uma ou duas aulas eram dedicadas à Deontologia.

Relativo aos dados quantitativos, encontrados no levantamento dos discentes através da pesquisa descrita no capítulo referente à metodologia, o primeiro dado que nos chamou atenção na amostra foi referente à caracterização quanto ao gênero (Gráfico 2). O número de mulheres se apresentou mais elevado que o de homens, entre os estudantes de Medicina pesquisados e este dado é o mesmo nas duas EM.

**Gráfico 2:** Caracterização da amostra quanto ao gênero (em percentagens)

A pesquisa encontrou que a maioria dos alunos de ambas as EM consideraram adequado o ensino da disciplina durante o primeiro ano do curso médico (Tabela 2), podendo ter relação desse resultado com a boa aceitação da disciplina pelos alunos. Mesmo assim as turmas demonstraram consciência da necessidade de extensão do curso já que uma grande parcela sugeriu a sua presença em todos os semestres. Este resultado vai ao encontro de projetos e idéias pesquisadas na literatura, inclusive foi encontrado que na maioria das EM brasileiras o curso é ministrado no quarto ano (MUÑOZ, 2003; GOLDIE, 2002; PARKER, 1997).

**Tabela 2:** Inserção da disciplina no primeiro ano da grade curricular (em percentagem)

	Pública	Privada	Total
Sim	73,5	64,7	67,8
Não	26,5	35,4	32,2

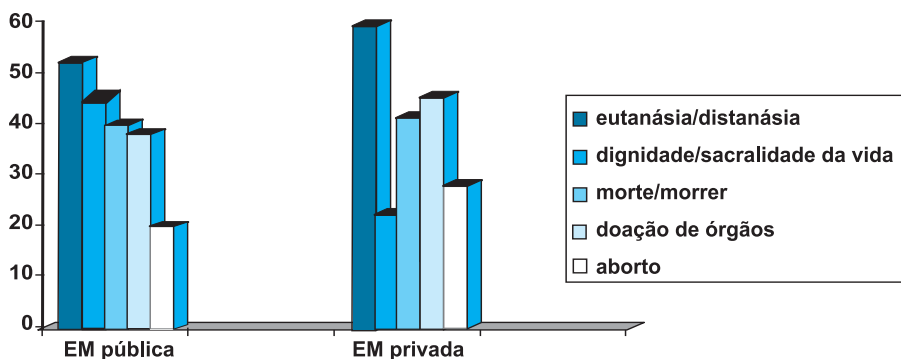
Quanto à carga horária da disciplina é difícil analisar qual seria a considerada ideal, todavia, a pesquisa obteve um resultado intrigante. Uma maior parcela dos alunos da EM pública considerou insuficiente esta carga horária quando comparado aos da EM privada, apesar de na EM esta carga horária ser maior. Ou seja, apesar da carga horária ser maior na EM pública, ainda assim os estudantes a consideram insuficiente, enquanto, os estudantes da EM privada acharam que a carga horária é suficiente tendo um horário menor.

Em relação ao número de profissionais, observa-se que 97,5% considerou suficiente. Contudo, na época da pesquisa, a EM privada possuía três professores, enquanto que na EM pública tinha apenas dois, sendo que um deles era comum para as duas EM. Apesar de não ter se observado uma diferença significativa, a EM privada parece acompanhar as tendências relatadas pela literatura (GOLDIE, 2002; CULVER, 1985; FOX, 1995; BENATAR, 1994) que apontam para a necessidade de mais de um professor para ensinar

e questionar os temas bioéticos e éticos da prática médica. Em relação à capacitação dos professores, eles foram considerados capacitados e julgados como bem qualificados em ambas as EM, com dados que vão além da expectativa, 94,5% na EM pública e 99,5% na EM privada.

Quando questionados sobre quais os temas mais relevantes de Bioética (Gráfico 3), os alunos demonstraram uma certa diferença entre as duas EM. Temas mais práticos, intimamente relacionados ao exercício médico, como doação de órgãos, eutanásia/distanásia, aborto e Medicina alternativa foram considerados mais relevantes pelos estudantes da EM privada. Por outro lado, temas mais teóricos, com maior aprofundamento na Bioética, como dignidade e sacralidade da vida e seus princípios gerais foram considerados de maior importância pelos estudantes da EM pública. Acredita-se que esta diferença pode ser justificada pela diferença de conhecimento dos professores. É de fácil percepção que os temas selecionados abrangem diretamente o limite entre a vida e a morte, revelando assim, a consciência dos estudantes do quão complicado e muitas vezes, polêmico lidar com a profissão. O interesse demonstrado pela Bioética confirma os dados observados nos trabalhos de Athanazio *et al.* (2004) e Muñoz (2003), já anteriormente relatados.

**Gráfico 3:** Temas mais relevantes da Bioética (em porcentagens)

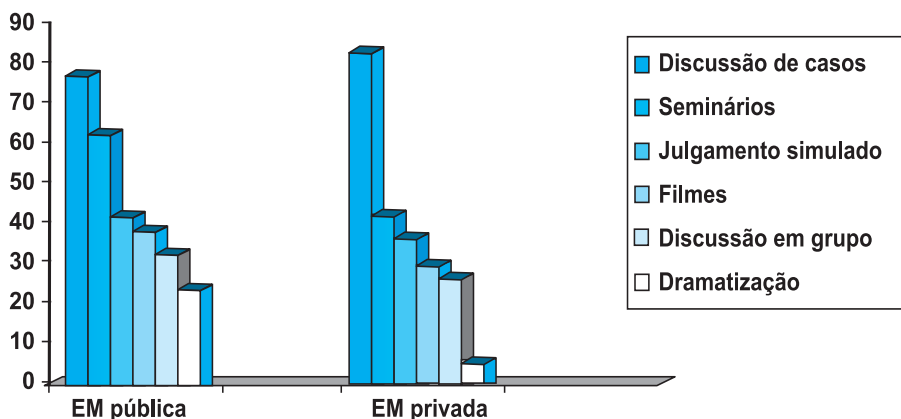


Não houve diferença entre os dois grupos quanto a: avaliação do conteúdo programático; qualidade dos debates sobre os temas referentes ao Código de Ética Médica; importância de discussão de temas de Bioética e como esses temas são tratados. No curso, são abordados assuntos inerentes ao dia-a-dia do profissional médico, tais como o segredo médico e a relação médico-paciente-família. Os conteúdos apresentados tentam reforçar o compromisso médico com os pacientes, os colegas e a sociedade sob a perspectiva da Deontologia e Diceologia Médica. Além disso, os alunos das EM estudadas conceituaram a metodologia do curso como boa. Os métodos pedagógicos utilizados pelos professores das duas EM têm contribuído para um melhor ensino-aprendizagem de Ética Médica por parte dos alunos. Essa diversidade de formas é o resultado da existência de múltiplos objetivos, presentes na educação de Ética Médica em cada momento. Somam-se a isso uma maior participação do corpo discente nas aulas

e uma constante troca de conhecimentos e experiências entre os mestres e os aprendizes. Estes resultados eram esperados, em virtude das semelhanças entre a metodologia utilizada, os conteúdos, os temas de discussão e os assuntos debatidos nas duas EM.

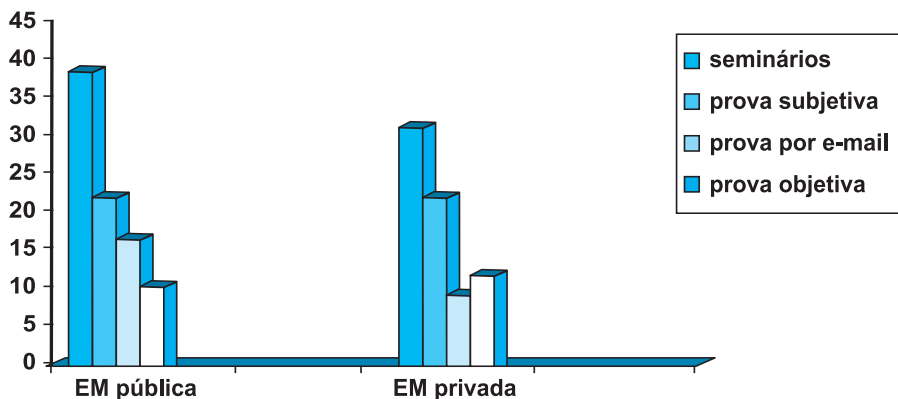
Os alunos consideraram a discussão de casos, o método mais apropriado para a aprendizagem (Gráfico 4). Esta é designada para facilitar o desenvolvimento de atitudes de responsabilidade do profissional e que requer do estudante a prática clínica. Isto confirma uma tendência muito atual no ensino médico que é de se valorizar cada vez mais as formas dinâmicas de aprendizagem que exijam a participação ativa dos estudantes e estimulem a interatividade e troca de informações e experiências entre alunos e professores. Outras metodologias que também obtiveram boa aceitação nas duas EM foram o julgamento simulado, os seminários e a utilização de filmes, o que confirma a hipótese anterior.

**Gráfico 4:** Metodologias mais apropriadas (em percentagens)



Na Ética Médica e Bioética trabalha-se mais com argumentos e menos com verdades, por isto a necessidade de promover discussões. Dessa forma, o método utilizado pelos professores para avaliar é discutível. Desta maneira, torna-se difícil afirmar qual o melhor método de avaliação, devido à complexidade de se medir posturas e comportamentos que muitas vezes envolvem valores e crenças. Nas duas EM, os seminários foram considerados como o método de avaliação ideal (Gráfico 5). Muñoz demonstrou em sua pesquisa realizada nas EM brasileiras, em 2003, que 60,7% dos alunos preferem a avaliação através de seminários. Resultado semelhante foi encontrado neste estudo com 64,4% na EM pública e 55,4% na EM privada. Isto indica uma tendência muito grande na aceitação deste tipo de avaliação pelos discentes.

A prova subjetiva foi o segundo método considerado ideal pelos alunos. Justamente os dois métodos que são utilizados nas EM. A avaliação por meio de casos clínicos e consultas é um método que foi recentemente incluído como forma de avaliação e tem trazido bons resultados. Esse método não foi utilizado nos cursos mais adiantados da EM privada, sendo essa uma provável hipótese para explicar a razão desse método não ter sido apontado nessa instituição.

**Gráfico 5:** Método de avaliação ideal para o curso (em percentagens)

Vale ressaltar que as provas escritas, objetivas, que normalmente tem grande receptividade (77,5%) nas EM, (MUÑOZ, 2003), apresentaram baixos índices de aceitação na nossa pesquisa, 9,6% na EM pública e 13,9% na EM privada. Esta diferença talvez seja atribuída ao enfoque dado às questões subjetivas, nas EM estudadas e que são difíceis de serem quantificadas em provas descritivas e objetivas.

Verifica-se através de relatos na literatura que os testes são a única forma de comprovar que o aluno é crítico e capaz de questionar e solucionar problemas éticos (BICKEL, 1987). A questão é que nem sempre há uma resposta clara e exata para cada questionamento, nem mesmo para as questões dos testes. No entanto, a dificuldade em estabelecer critérios para avaliar os aspectos cognitivos do progresso dos alunos, como a capacidade de construir argumentos e de reconhecer questões morais, não deve impedir a concretização do curso, nem da avaliação de Ética Médica. A forma de avaliação na disciplina é um grande desafio possível de ser superado.

Outra questão importante a ser destacada é a relevância dessa disciplina na opinião dos estudantes, que ficou conceituada com o grau máximo pela maioria. Esse resultado demonstra a consciência dos alunos quanto à importância da disciplina que vai servir como guia para sua vida profissional. Isso pode ser consequência aos problemas enfrentados pelos Conselhos Regionais de Medicina com as recentes denúncias de erros médicos proporcionados pela carência de postura ética dos profissionais da área nas últimas décadas. Entretanto, quando questionados se já cursaram uma disciplina mais importante do que Ética Médica a maioria deles respondeu que sim, com uma diferença significativa entre os dois grupos. Um número maior de alunos da EM privada achou que existem disciplinas mais importantes. Uma hipótese para esse resultado é que os alunos ainda estão no início do curso e são muito jovens, muitos deles ainda não tiveram contato com o paciente, nem com a realidade médica, o que faz com que dêem maior valor às matérias menos subjetivas e com enfoque utilitarista, como Anatomia, Fisiologia, Bioquímica, etc.

Como foi documentada, essa disciplina tem uma boa aceitação pelo alunado, que está ciente da sua importância. Os estudantes acham que ela deveria ser abordada mais

vezes ao longo do curso, principalmente perto de sua formação, uma vez que muito do que se aprende é esquecido ao longo dos anos.

A partir deste levantamento é possível repensar todo o ensino a partir da percepção dos estudantes. A análise qualitativa foi realizada a partir dos trechos escolhidos dos discursos dos docentes da EM.

Em relação ao primeiro quesito que trata da importância da Disciplina de Ética Médica verifica-se que há consenso no pensamento dos docentes que ela é fundamental, “*de primeira grandeza*”, “*incomensurável*” e deve ser ensinada ao longo de toda graduação. Essa tendência é observada através dos discursos selecionados, principalmente no trecho que refere a disciplina como um norte, como um pilar e que o entrevistado acredita que a Ética Médica possa estar “*iluminando*” as outras disciplinas. Há inclusive diversas sugestões sinalizando para a transdisciplinaridade do curso, respondendo ao item que se refere ao semestre em que o curso deva ser ministrado.

Muitos professores concordam em que o curso está corretamente inserido no primeiro ano, outros discordam, contudo, todos são unânimes em afirmar que o mesmo deve continuar nos semestres subsequentes e que, de alguma forma, deve ser incluído nas demais disciplinas. Quanto ao formato que tomaria para atingir este escopo, há diversas sugestões, que podem ser analisadas “*per si*”. Este item também está relacionado à carga horária, praticamente todo grupo acredita que é insuficiente.

No que se refere aos professores há uma tendência à formação multidisciplinar com abrangência nas ciências humanas. Houve sugestões de formar núcleos de “*Humanidades*”, relevando inclusive os conhecimentos da prática profissional e da legislação vigente, principalmente no que tange ao Código de Ética Médica. Ainda neste tópico, observa-se que os monitores são bem aceitos como atores coadjuvantes no auxílio do processo ensino-aprendizagem, além de possibilitar a formação de um novo celeiro de professores. De um modo geral a maioria dos docentes entrevistados sugeriu que o número de professores fosse maior do que se tem observado nas EM estudadas.

Tratando-se do conteúdo programático percebe-se que os professores acham necessário o primeiro contacto com o Código de Ética Médica e a partir daí poderem discutir tantas outras questões da ordem prática. De acordo com um dos entrevistados, este conteúdo não pode ser estático, ele tem que mudar com a evolução do mundo. Muitos defendem a extensão para abordagem de outros domínios de saberes como a Filosofia, Antropologia, Sociologia, entre outros.

Referente às questões da abordagem metodológica do ensino, observa-se que os professores concordam que a metodologia ativa é a mais adequada, na qual o aluno constrói seu conhecimento. Naturalmente, há muitas sugestões, entretanto, os debates foram considerados de grande valia para a formação do senso crítico dos aprendizes.

No que diz respeito aos métodos avaliativos, foi observado que há um descontentamento geral. Praticamente nenhum professor está satisfeito com as avaliações adotadas. Muitos acreditam que é necessário avaliar, contudo, ainda distantes de um método ideal, portanto, usa-se o que estaria mais próximo. Algumas sugestões caminham no sentido de as avaliações serem individualizadas, no entanto, parece impossível no contexto atual.

Buscou-se auferir o que os professores pensam a respeito da transmissão de valores da disciplina e percebeu-se um mosaico de opiniões. Muitos destes valores passam pelos princípios da Bioética: Beneficência, Não-Maleficência, Justiça e Autonomia. Outros elencaram os que dizem respeito ao trato com o outro, o respeito, a dignidade, a capacidade de ouvir, enfim, pontos relevantes aos valores sociais e humanos. Há ainda sugestões relativas a competência profissional, como seriedade e responsabilidade. Um

dos entrevistados revelou que há necessidade de educação doméstica na formação dos acadêmicos, porque sem a mesma o sujeito não abriga as normas éticas, nem morais.

Esta análise procurou depreender os pensamentos evidenciados nos discursos dos docentes entrevistados, fazendo interferências com as matrizes teóricas através do olhar da pesquisadora. Como avaliação qualitativa, acredita-se que seus objetivos foram alcançados, na medida em que foi possível focar toda a dinâmica do ensino-aprendizagem da disciplina e ainda abarcar seu entorno, através da construção das razões e contra-razões.

## Referências:

---

Athanazio, R. A.; Lemos, K. M.; Fonseca, D. C.; Cunha, M. S.; Braghiroli, M. I.; Almeida, A. M.; Nuñez, G. R.; Ramos, A. C.; Barbeta, M. C.; Bitencourt, A. G.; Lordelo, M. R.; Rocha, I. M.; Soares, A. S.; Cerqueira Neves, N.; Nery Filho, A. ACADEMÉTICA: Um novo método de estudo continuado sobre Ética Médica e Bioética. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM*, v.28, nº1, p.73-78, jan./abr. 2004.

Benatar, S. R. Teaching medical ethics. *Q. J. Med.*, 87(12): 759-67, 1994.

Bickel, J. Human values teaching programs in the clinical education of medic students. *Journal of Medical Education*, 62(5): 369-78, 1987.

Culver, C. M., et al. Basic Curricular Goals in Medical Ethics. *N. Engl. J. Méd.* 1985; 312:253-6.

Fox, E.; Arnold, R. M.; Brody, B. Medical ethics education: past, present, and future. *Academic Medicine*, vol. 70(9): 761-769, 1995.

Goldie, J.; Schwartz, L.; Morrison, J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Medical Education*, 34(6): 468-73, 2000.

Muñoz, D. R.; Muñoz, D. R. O ensino da Ética Médica nas faculdades de Medicina do Brasil. Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM*, 2003; 1(1): 114-124.

Parker, M. H.; Price, D. A.; Harris, P. G. Teaching of medical ethics: implications for an integrated curriculum. *Australia: Medical Education*, 31:181-187, 1997.

World Medical Association. "Declaration of Geneva", 1948, amended 1968, 1983, in Warren T. Reich (ed.), *Encyclopedia of bioethics* – Revised Edition, Simon and Schuster Macmillan, vol. 5, pp. 2646-2647, New York, 1995.





## Estratégias Emergentes

O objetivo principal do trabalho era avaliar o ensino da Disciplina de Ética Médica nas EM de Salvador, Bahia, Brasil, tentando investigar elementos no sentido de contribuir com a humanização da Medicina. Como questões norteadoras foi categorizado o formato da transmissão deste ensino e seu entorno, através do olhar dos atores sociais que compõe esta espacialidade, assim como da análise dos documentos que consubstanciam a estrutura. Compartilhar estas informações faz parte da ideologia de mudança, implícita no discurso de sugestões.

As principais sugestões dizem respeito ao desafio de legitimar a inserção da Disciplina de Ética Médica de forma definitiva, na grade curricular da graduação em Medicina de todas as EM brasileiras. Esta proposta está de acordo com os estudos analisados e sustenta os anseios das entidades médicas brasileiras.

O formato do ensino deve ser o mais dinâmico possível, de preferência dialógico e a luz das novas tecnologias educacionais, valorizando a ludicidade. Todo o aprendizado deve ser centrado no aluno e o professor seria um intermediador deste processo, cabendo-lhe a função de explicitar as dúvidas surgidas neste caminhar.

Os professores deveriam desencadear as discussões, possibilitando a construção do aprendizado. A formação dos professores deve ser a mais eclética possível, abarcando múltiplos saberes das ciências da saúde e das ciências sociais. Devido à dificuldade de encontrar tantos requisitos num único profissional, seria interessante a formação de uma equipe multidisciplinar em torno de um núcleo de conteúdos, que possibilitasse além do ensino da disciplina, também a formação de outros professores de Medicina. Isto poderia facilitar a inclusão destes conteúdos dentro de outras disciplinas, permitindo que eles fossem lembrados dentro da realidade de cada uma. Desta forma, poderia permitir a ligação do problema ético com a prática médica. A partir deste elemento também torna-se possível que a educação de Ética Médica seja continuada, não ficando distanciada do contexto.

Acredita-se que a apresentação do conteúdo nos períodos iniciais da graduação é fundamental, contudo, ele não deve ficar compartimentalizado e desarticulado da realidade dos estudantes de Medicina, nem dos médicos. Por isto, o ensino deve ser continuado em toda a graduação na residência médica e pós-graduação, ocorrendo uma atualização periódica dos profissionais formados há mais de 10 anos através da educação continuada.

Quanto às competências e habilidades que devem ser apropriadas durante a evolução do curso, elas devem compreender o *saber ser*, tão difícil de ser consolidado quanto os demais saberes. Esses saberes devem inculcar valores que permitam transformar a conduta do médico no exercício profissional.

Esta interface nos encaminha aos procedimentos avaliativos e suas dificuldades, porque implicam conteúdos tão subjetivos. Diversas formas avaliativas devem ser mes-

cladas, desconsiderando a hierarquização entre elas. A operacionalização desta proposta é dificultada pela própria complexidade, entretanto, possibilita uma maior justiça ao avaliar. Entre as possibilidades avaliativas estudadas sinaliza-se com a avaliação de um determinado problema real, vivido numa comunidade e trazido para o papel. Esta situação-problema deve ser analisada anteriormente por um grupo de professores que proporia respostas. Neste sentido se construiria um gabarito que não é absoluto, mas relativizado dentro de um contexto e que poderia ser resignificado a partir das múltiplas interpretações. Através destas configurações, finaliza-se a transcrição das sugestões articuladas com os objetivos e com as questões norteadoras iniciais do trabalho.

Os elementos que possibilitam a humanização da Medicina estão intimamente compartilhados com a doutrina da Disciplina, recriando um ambiente discursivo. Esta reflexão pode promover e instrumentalizar os discentes para o conhecimento do ser humano, imerso nas relações societárias e profissionais.

Acredita-se que os objetivos propostos neste estudo foram atingidos, tratando dos elementos analisados sob diversos ângulos e através de diversas leituras. As limitações do trabalho são reconhecidas, entretanto, almeja-se poder contribuir para ampliar caminhos e possibilidades de transformação.

É possível alterar a graduação médica no Brasil, através de ações que abarquem o conhecimento técnico-científico, contudo, sem desprezar a afetividade e a subjetividade, necessária e vital para o bom relacionamento entre pessoas que acima de tudo são humanas, com todas as crenças que lhe são peculiares.

Este trabalho é resultado de uma teia de interações entre as diversas pesquisas efetuadas, naturalmente intermediadas pela perspectiva da inquietude do nosso olhar. Este olhar é fruto do que construímos e reconstruímos ao longo de nossa história, como atores sociais. Nossa identidade, o que somos, o que queremos, o que pensamos têm muito do outro, que anda ao nosso lado, ressoando esta significação.

Neste sentido caminha o ensino de Ética Médica, ocasionalmente, por trajetórias laboriosas. Entretanto, com o escopo da construção de ações comprometidas e contextualizadas com a contemporaneidade e espacialidade social, para possibilitar a metamorfose da realidade e a concretização do sonho.

Sonho de formar médicos não só competentes tecnicamente, mas também, sensíveis e solidários.





**Nedy Maria Branco Cerqueira Neves** é gaúcha, natural de Caxias do Sul, RS. Médica, graduou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e especialista em Oftalmologia. Fez Pós-Graduação em Metodologia do Ensino na Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMEB-UFBA).

Em 1998 foi eleita Conselheira do Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB), sendo Coordenadora da CODAME (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos), Coordenadora da Comissão de Ensino de Ética Médica e Bioética (CEMEB) e Secretária da 2ª Câmara do Tribunal de Ética. Foi reeleita como Conselheira na gestão 2003/2008 e ocupa o cargo de 2ª Secretária na Diretoria atual.

Durante 2 anos trabalhou como professora substituta da FAMEB-UFBA, auxiliando o ensino da Disciplina Deontologia e Diceologia Médica. Em 2001, foi contratada como Professora Assistente da Faculdade de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Baiana para o Desenvolvimento das Ciências (EBMSP-FBDC) e atualmente responde pela Disciplina de Ética Médica e Bioética desta Escola Médica.

No desempenho destas atividades, preocupou-se com a educação médica e aprofundou os estudos sobre o ensino de Ética Médica e Bioética, assim como com a formação humanista dos futuros médicos. Na construção deste aprendizado fez o Mestrado em Educação, na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia (FACED-UFBA), defendendo a dissertação: Avaliação do Ensino de Ética Médica nas Escolas Médicas de Salvador-Bahia: elementos contributivos para a humanização da medicina; que foi recomendada para publicação.



Conselho Federal de Medicina