

CAMINHOS DA BIOÉTICA

VOL II

ORGANIZADORES

JOÃO CARDOSO DE CASTRO
MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES



ORGANIZADORES
JOÃO CARDOSO DE CASTRO
MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES

CAMINHOS DA BIOÉTICA
VOLUME II

EDITORA UNIFESO
TERESÓPOLIS
2019

Copyright© 2019 Editora UNIFESO

Todos os direitos reservados. Proibida reprodução, mesmo parcial, por qualquer processo, sem a autorização escrita da Editora UNIFESO

Coordenação Editorial

João Cardoso de Castro

Diagramação

Jessica Motta da Graça

Revisão

Roberto Loureiro

Capa: *Sete Cidades*, Ponta Delgada - Açores / 2017
Márcio Niemeyer-Guimarães (acervo pessoal)

C191 Caminhos da Bioética – Volume 2/ João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer-Guimarães (organizadores). Coleção FESO --- Teresópolis: Editora Unifeso, 2019. 404p.: il.

ISBN: 978-85-93361-46-3

1. Bioética. 2. Saúde. I. Castro, João Cardoso de. II- Niemeyer-Guimarães, Márcio. III. Título.

CDD 174.957

EDITORA UNIFESO

Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - CEP: 25.964-004

Telefone: (21)2641-7184

E-mail: editora@unifeso.edu.br

Endereço Eletrônico: <http://unifeso.edu.br/editora/index.php>

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Chanceler

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Verônica Santos Albuquerque
Pró-Reitora Acadêmica Interina

José Feres Abido de Miranda
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional

Elaine Maria de Andrade Senra
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Edenise da Silva Antas
Diretora de Educação a Distância

Ana Maria Gomes de Almeida
Diretora do Centro de Ciências Humanas e Sociais

Mariana Beatriz Arcuri
Diretora do Centro de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Diretora do Centro de Ciências e Tecnologia

Michele Mendes Hiath Silva
Diretoria de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Diretoria Administrativa

Rosane Rodrigues Costa
**Diretoria Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino
Ottaviano**

Roberta Franco de Moura Monteiro
Diretoria do Centro Educacional Serra dos Órgãos

COLEÇÃO FESO

A **Coleção Feso**, desde 2004, tem sido o principal meio de difusão da produção acadêmica do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO, realizada a partir das atividades de ensino, pesquisa e extensão dos seus cursos de graduação e pós-graduação, assim como das suas unidades assistenciais e administrativas.

Primando pela qualidade dos produtos editorados e publicados, a Editora UNIFESO publica conteúdos relevantes nas mais diversas áreas do conhecimento através de um cuidadoso processo de revisão e diagramação.

É uma das mais importantes contribuições da Instituição para a sociedade, uma vez que a sua divulgação influencia na recondução de políticas e programas na esfera pública e privada, de forma a fomentar o desenvolvimento social da cidade e região. Todo esse processo fortalece o projeto de excelência do UNIFESO como Centro Universitário. Nossas publicações encontram-se subdivididas entre as seguintes categorias:

Série Teses: Contempla as pesquisas defendidas para obtenção do grau de “Doutor” em programas devidamente autorizados ou credenciados pela CAPES, publicadas em formato de livro.

Série Dissertações: Abarca as pesquisas defendidas para obtenção do grau de Mestre.

Série Pesquisas: Contempla artigos científicos, resenhas e resumos expandidos/textos completos. Estas produções são divulgadas em formato de livros (coletâneas), periódicos ou anais.

Série Especiais: Esta publicação contempla textos acadêmicos oriundos de processo de certificação de docentes como pós-doutores.

Série Produções Técnicas: Abrange produções técnicas advindas de trabalhos de docentes, discentes e funcionários técnico-administrativos sobre uma área específica do conhecimento que contemplem produtos ou serviços tecnológicos (com ou sem registro de proteção intelectual); processos ou técnicas aplicados; cartas e mapas geográficos. As formas de divulgação destas produções podem ser em meios impressos ou digitais, no formato de cartilhas, POPs (Procedimento Operacional Padrão), relatórios técnicos ou científicos e catálogos.

Série Materiais Didáticos: Reúne os trabalhos produzidos pelos docentes e discentes com vinculação aos componentes curriculares previstos nos projetos pedagógicos dos cursos ofertados no UNIFESO.

Série Arte e Cultura: Abarca as produções artístico-culturais realizadas por docentes, técnicos-administrativos, estudantes, instrutores de cursos livres e artistas locais, assim como as produções desenvolvidas junto aos eventos do Centro Cultural FESO Pró-Arte (CCFP), podendo ser constituída por livros, partituras, roteiros de peças teatrais e filmes, catálogos etc.

Série Documentos: Engloba toda a produção de documentos institucionais da FESO e do UNIFESO.

A abrangência de uma iniciativa desta natureza é difícil de ser mensurada, mas é certo que fortalece ainda mais a relação entre a comunidade acadêmica e a sociedade. Trata-se, portanto, de um passo decisivo da Instituição no que diz respeito a compreensão sobre a importância da difusão de conhecimentos para a formação da sociedade que queremos: mais crítica, solidária e capaz de enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Desejo a todos uma ótima leitura!

Elaine Maria de Andrade Senra

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – UNIFESO

SUMÁRIO

PREFÁCIO	10
SOBRE OS ORGANIZADORES	12
BIOÉTICA: DIGA COM QUEM ANDAS E DIREI QUEM ÉS <i>João Cardoso de Castro</i>	13
ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E ANENCEFALIA: DEBATES NO CAMPO DA BIOÉTICA E DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL <i>Ana Paula Vieira dos Santos Esteves</i>	34
BIOÉTICA: UMA CONTRAPOSIÇÃO À BIOPOLÍTICA E AO BIPODER <i>Arthur Santana de Paulo</i>	51
A DIMENSÃO ESPIRITUAL COMO PEDRA ANGULAR DO HUMANISMO EM CUIDADOS PALIATIVOS <i>Manuela Vidigal Bertão</i>	66
COMUNICAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: QUESTÕES DA BIOÉTICA <i>Mabel Krieger</i>	71
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO DIANTE DO PACIENTE EM FIM DE VIDA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: DESAFIOS BIOÉTICOS <i>Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta</i>	87
MORALIDADE E MORTE CEREBRAL <i>Edna Estelita Costa Freita</i>	102
A MEDICINA DE DADOS: O OCASO DA CLÍNICA <i>Luiz Vianna Sobrinho</i>	118
PSICOLOGIA E TERMINALIDADE: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS <i>Renata da Silva Fontes Monteiro</i>	152
<i>Márcia Regina Costa</i>	152
ATO E FATO - NOÇÕES FUNDAMENTAIS PARA BIOÉTICA <i>Murilo Cardoso de Castro</i>	172
DOENÇAS CRÔNICAS E FIM DE VIDA: A AUTONOMIA NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA E DO CAMPO DO BIODIREITO <i>Márcio Niemeyer-Guimarães</i>	191

BIOÉTICA E ÉTICA ORGANIZACIONAL: NORMAS, VALORES E INTERVENÇÕES <i>Claudia Borges e Souza Paraizo</i>	211
CONTRIBUIÇÃO DOCENTE PARA FORMAÇÃO ÉTICA NAS ESCOLAS DE FISIOTERAPIA DO RIO DE JANEIRO <i>Roberta Lemos dos Santos</i> <i>Sergio Rego</i>	230
A BIOÉTICA DO FIM DA VIDA E A QUESTÃO EXISTENCIAL DO MORRER <i>Fermin Roland Schramm</i>	247
MEDICINA NARRATIVA: A HERMENÊUTICA DO ENCONTRO <i>Lorraine Veran</i>	265
PERSPECTIVA DOS FUNCIONAMENTOS: OUTRA LEITURA DE SEUS POSSÍVEIS USOS NA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE <i>Maria Gilda Alves de Oliveira</i>	276
AUTONOMIA. REFLEXÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA <i>João Andrade Sales</i>	287
O ENSINO DA BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE <i>Josimário Silva</i>	300
A DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO: DEBATES ENTRE A AUTONOMIA PRIVADA E A AÇÃO ESTATAL <i>Andréia Patrícia Gomes</i> <i>Guilherme Nacif de Faria</i>	326
REFLEXÕES BIOÉTICAS NA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL <i>Elen C. Carvalho Nascimento</i>	345
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, BIOPOLÍTICA E BIOPODER: LEITURAS DE FOUCAULT, PELAS CORES DE VAN GOGH <i>Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira</i> <i>Rodrigo Siqueira-Batista</i>	363
SOBRE OS AUTORES	396

PREFÁCIO

Selma Vaz Vidal

O caminho pode ser vislumbrado como a comunicação entre o início e o fim no alcance de um determinado objetivo, tendo esta chegada como a meta da compreensão de um conhecimento, e portanto deve-se percorrer na vida, incontáveis terrenos!

Convido você a ler com a mente e coração o livro *Caminhos da Bioética - Volume II*, que apresenta conceitos indispensáveis à *práxis* e que revela aspectos do humanismo. No sentido do exercício da condição humana, como um imperativo do cuidado prestado pelos profissionais da saúde ao utilizar com equilíbrio às ferramentas tecnológicas, pensando em seus limites e se permitindo ser afetado pelo encontro com o outro.

Vive-se numa época em que a cibercomunicação senciante e pervasiva manifesta a virtualidade imiscuida à realidade, que é transformada ao percolar pelos espaços dos pensamentos da Inteligência Artificial (*AI*), tornando os processos de tomada de decisão protocolares e, portanto distantes das necessidades individuais apresentadas pelo “ser no mundo”.

As questões que revelam os conflitos diuturnos na saúde e na formação dos profissionais desta área, compreendidas sob a ótica da Bioética delineia a reflexão do leitor no foco da ação moral, transcendendo a deontologia. Nesta perspectiva considera-se o encontro como o espaço do exercício humano para a formação das competências relacionais, que alcancem o biodireito, a biotecnologia, conectados à medicina nas dimensões: do corpo, da autonomia, da compaixão laica, da dignidade da pessoa humana, dentre outras.

Da espiritualidade em saúde e dos cuidados paliativos irrompem questões existenciais que envolvem o profissional, o paciente e a sua

família. Como pensar na finitude do ser? Do cuidado presente, frente ao que é desconhecido, ainda, para a ciência? Existe no espaço saúde, muito a se alcançar, em uma escala com destaque para três pontos: o cuidado, a escuta sensível e a construção de redes que valorize os profissionais, com a mudança de paradigmas organizacionais.

Boa caminhada!

SOBRE OS ORGANIZADORES

João Cardoso de Castro



Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ), participou do Programa de Doutorado-Sanduiche [CAPES] na DePaul University, em Chicago. É formado em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestre em Educação em Ciências e Saúde pelo NUTES (UFRJ). Atualmente, é Coordenador da Editora Unifeso e professor de disciplinas de Filosofia, Ética e Bioética no Unifeso. Seus principais temas de pesquisa são: Bioética, Ética, Heidegger e Filosofia Antiga.

Márcio Niemeyer-Guimarães



Médico graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Mestre em Clínica Médica, área Terapia Intensiva (HUCFF/UFRJ). Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (ENSP-FIOCRUZ), com Doutorado-Sanduiche [CAPES] no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Em 2016, foi reconhecido Fellow pela Sociedade Americana de Geriatria. Atualmente é professor colaborador da Pós-graduação em Medicina Paliativa do Instituto Paliar em São Paulo, professor do curso de graduação em Medicina do Unifeso, e atua como médico de UTIs e dos Núcleos de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano - Botafogo (UHG-Brasil) e HFSE-MS, Rio de Janeiro.

BIOÉTICA: DIGA COM QUEM ANDAS E DIREI QUEM ÉS

João Cardoso de Castro

INTRODUÇÃO

Usando um velho ditado popular - *diga-me com quem andas e te direi quem és* - o artigo parte da tese de que o "quem" é determinante do "és" ou, dito de outra maneira, a tese de que o "quem és" é determinado pelo "com quem andas". A simplicidade desse ditado aponta para aquele que deveria ser um objetivo primal de cada ciência ou saber que se constitui desde o advento dos *Tempos Modernos*, ao final da Renascença: quais são as fundações que sustentam este "saber". Afinal, sendo a palavra ciência derivada do latim *sciens*, "que sabe", nada mais óbvio que conste na certidão de nascimento de uma ciência não apenas "o que sabe" e "como sabe", mas o "desde onde sabe".

É importante que fique claro, desde o início desta investigação do "com quem andas", que esse "com quem", esse companheiro inseparável da Bioética sobre o qual pretendemos nos debruçar, não será propriamente um conjunto de pensadores ou mesmo uma ou mais correntes de pensamento que sirvam, porventura, de fundamento teórico para uma abordagem específica no campo da Bioética. Entendemos que seja mais eficaz que investiguemos o *ser* humano ou, melhor dizendo, a interpretação que dele se tem e se aplica no campo da Bioética. Afinal, ele é o companheiro, literalmente "aquele que come o mesmo pão" (*cum panis*), uma metáfora dos temas, fatos e dados desta "ciência". Embora soterrado por infinitas camadas de tradição, o *ser* humano é, ao mesmo tempo, o referido e a referência de qualquer "pensar" que assim alimenta e mantém sua interpretação, mesmo que sutilmente implícita. Neste sentido, sobremaneira no campo da Bioética, pensadores e correntes

inevitavelmente ressonam uma determinada interpretação deste "com quem" se lida e "de quem" se trata, direta ou indiretamente. Como bem afirma Heidegger¹, as ciências têm, como todos os comportamentos humanos, o *modo de ser (Seinsart)* desse *ente* (o *ser humano*), tanto em relação a si mesmo como a outros que ele, o que implica a necessária compreensão deste *ser humano* enquanto *ser-em-o-mundo*.

Neste sentido, é preciso chegar a determinar este "quem" cotidiano, reconhecido, delimitado e referido pela Bioética. Melhor ainda, é imperativo que se torne evidente a totalidade de remissões que conjunta este "quem", identificando-o e expandindo seu horizonte de interpretação, hoje inteiramente amputado pela quase totalidade de bioeticistas, em suas contemplações teóricas, conforme este trabalho pretende demonstrar. Este é, portanto, nosso campo de investigação, dentro de um domínio da ciência moderna, a Bioética. A denominação Bioética cobre um espaço cujas fronteiras não encontram limites, na medida que a ciência moderna em nada se limita em sua ávida parceria com a técnica, que co-participa desta extensão ilimitada de saber conferindo um caráter muitas vezes abusivo ao já desgastado processo científico de produção de conhecimentos em suas infindáveis "soluções em busca de problemas". A Bioética, como a própria palavra indica, tem o propósito de revigorar as dimensões da "vida" e da "ética" ao se alinhar com elas, no reconhecimento de que foram em grande parte esquecidas ou foram deveras incipientes no desenvolvimento e disseminação da tecnociência moderna.

Reconhecida a precariedade dessas dimensões - vida e ética - no avanço científico e tecnológico da Modernidade, faz-se imperativo o apelo da proposta da Bioética, desde a segunda metade do século XX, embora

¹ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Trad. Fausto Castilho. Campinas: UNICAMP, 2012, p. 59.

alguns defendam vozes já manifestando esta chamada na primeira metade do século XX. Não nos importa aqui discutir sobre quem são aqueles que merecem um diploma *honoris causa* como pioneiros da Bioética. De nosso interesse, importa, e muito, identificar a companhia da Bioética, o "com quem andas", esperando assim compreender "quem és" ou, ainda melhor, "quem tem sido", e que expectativas ter de tão promissora iniciativa, reunindo dimensões fundacionais do *ser* humano, a saber: vida e ética.

Isto posto, nada melhor para uma aproximação da interpretação de ser humano que permeia o campo da Bioética - o seu "*com quem andas*" - do que se pôr à escuta de seus teóricos, ou seja, daqueles que a contemplam e discorrem sobre suas fontes intelectuais e os nexos de sua teoria. Hoje em dia, são em um número considerável, razão pela qual escolhemos uma amostra específica, pois não se baseia exclusivamente no posicionamento de um grupo de pensadores, mas da síntese que cada um realiza de um tema fundamental da Bioética. Assim, tomamos como referência para indicar o "com quem andas" da Bioética, a *Section II Principles of Global Bioethics*, do livro de Henk A. M. J. ten Have e Bert Gordijn, *Handbook of Global Bioethics*². Das mais de 200 páginas, e tendo em conta a extensão que se espera de um capítulo, selecionamos os capítulos 4-6 para identificar a "companhia" da Bioética, isto é, o "com quem" a afirmar o "quem é" que se entende e se *atende* em termos de "vida" e "ética", e que perfaz grande parte do discurso da Bioética. Discurso este que, como em toda ciência, é *logos* que reúne e expõe.

O LOGOS DA BIOÉTICA

No pensamento grego antigo que, cabe dizer, de modo algum é ultrapassado em sua *originariedade* mas apenas velado pelo pensamento

² TEN HAVE, Henk A. M. J. & GORDIJN, Bert. **Handbook of Global Bioethics**. Amsterdam: Springer, 2014, p. 43-250.

moderno, *logos* é "discurso", entendido ao mesmo tempo como discursar e discursado, em sua função primordial de "levar-algo-a-se-mostrar" em discursando sobre este algo com outros. Em discursando com outros e obviamente comigo, trago aquele "algo" tematizado à sua "dação" para nós, de tal maneira que a experienciamos em seu "que" e seu "como". Todo discurso ou melhor, todo "discursar discurso discursando", para os gregos, partia da definição do *ser* humano como *zoon logon echon*, "animal racional", ou melhor traduzido, "vidente que possui *logos*".

λόγος como discurso significa, ao contrário, algo assim como *δηλούν*, tornar manifesto aquilo de que "se discorre" no discurso. Aristóteles explicitou mais nitidamente essa função do discurso como *ἀποφαίνεσθαι*. O *λόγος* faz ver algo (*φαίνεσθαι*), a saber, aquilo sobre o que se discorre e faz ver a quem discorre (voz média) e aos que discorrem uns com os outros. O discurso "faz ver" *ἀπό...* a partir daquilo mesmo de que discorre. No discurso (*ἀπόφρασις*), na medida em que é autêntico, o dito no discurso deve ser extraído daquilo sobre o que se discorre, de tal maneira que a comunicação por discurso torne manifesto no dito e, assim, acessível ao outro aquilo sobre o que se discorre. Essa é a estrutura do *λόγος* como *ἀπόφρασις*. Nem todo "discurso" possui esse *modus* do tornar manifesto, no sentido do fazer-ver que-mostra. A prece (*ευχή*), por exemplo, também torna manifesto, mas de outro modo.³

Seguindo as palavras de Heidegger, poderíamos dizer que todo o *logos* na Bioética, mesmo quando se dá em um discurso com vistas à regulação do amplo campo da vida e da ética sob o constante assédio moderno da tecnociência, é indicativo de uma determinada interpretação de um "quem", tanto o próprio, aquele que discursa, como o referido pelo discurso, ou seja, a interpretação de "ser humano" ressona tanto no "referido" como na "referência". De nosso interesse particular, o "referido" pelo discurso, a interpretação deste ser humano, objeto de concernimento do *logos* bioético. Uma boa indicação do "com quem anda" da Bioética se "faz ver" de maneira clarividente na reflexão sobre

³ HEIDEGGER, *Op. cit.*, 2012, pp. 113-115.

os princípios que devem ou deveriam conformar este "quem", isto é, nas características ou aspectos que o configuram. Assim, tomaremos os aspectos destacados pelo *logos* da Bioética na recente obra editada por dois importantes bioeticistas, Henk A. M. J. ten Have e Bert Gordijn, *Handbook of Global Bioethics*.

Segundo os autores, seguindo a ordem de sua aparição na obra, o primeiro aspecto indicativo deste "quem" do *logos* da Bioética é a "dignidade". Ou seja, "ser-digno" é um conceito-chave ao *ser* humano na Bioética. O autor do capítulo sobre "dignidade", Roberto Andorno⁴, afirma que na associação deste termo com o adjetivo "humano" se garante que todas as pessoas possuem igual e inerente valor e, portanto, devem ser lembradas o maior respeito e atenção, independente de idade, gênero, condição socioeconômica, saúde, etnia, ideologia ou religião. Faz questão de frisar que a dignidade é inerente ao "humano", inseparável da condição humana, não admitindo graus, perdas ou ganhos, enfim é a mesma para qualquer humano.

Contestamos justamente que a referência ao "humano", direta ou via tal qualificador, traz consigo a ilusória separação e divisão à expressão unitária *ser* humano. Essa separação de "ser" e "humano", acompanhada de *esquecimento do ser* (*Seinsvergessenheit*) e *abandono do ser* (*Seinsverlassenheit*), catalisa um exercício puramente humano da razão, segundo a "dobra" sujeito-objeto. Desde esta perspectiva, afirma-se uma *subjetivização* crescente que leva a *objetificações* das percepções promovidas pelos órgãos dos sentidos, assim como juízos de valor sobre objetivações diferenciadas. Nesta perspectiva, não se leva em conta que somente desde o *ser* humano, ou seja, desde o acontecimento apropriador (*Ereignis*) do *ser-aí* (*Dasein*), na própria abertura do *ser* em *Aí* (*Da*), ilumina-se um "humano" capaz de conceder resposta ao clamor do *ser*, e assim tornar possível um reflexo da

⁴ TEN HAVE, Henk A. M. J.; GORDIJN. *Op. cit.* 2014, p. 45.

dignidade do *ser*, única dignidade possível, a brilhar sobre o acontecimento (sendo). "A dignidade é o elemento nobre, que acontece apropriativamente, sem precisar de algo que se mostre como atuante"⁵. Somente como resultado de uma concepção desfigurada da experiência humana, se pode compreender a "dignidade" como um adjetivo, fruto de uma decisão que se dá no interior de um *sujeito*, manifestando-se sobre um objeto previamente determinado, no caso, toda a humanidade. Como se fosse possível "escolher" tratar este ou aquele com ou sem dignidade, sem dúvida, mais um apanágio da Modernidade em sua promessa de senhorio e dominação da natureza interna e externa. Carneiro Leão diz bem quando afirma:

Descartes criou as condições e estabeleceu os fundamentos para a possibilidade e necessidade tanto de toda epistemologia e filosofia da ciência, como de toda antropologia e filosofia do homem. As transformações nos séculos posteriores não fazem senão desdobrar o movimento iniciado. São muito mais evoluções, precisões e aprofundamentos do que rupturas e interrupções. Pois no fundo desenvolvem e consolidam o alcance essencial da posição moderna. Que, com o aprofundamento, a feição propriamente cartesiana da modernidade se tenha transformado, a ponto de se tornar difícil reconhecê-la, demonstra apenas a penetração e o vigor do pensamento de Descartes. [...] O homem europeu se liberou das injunções, dos constrangimentos e das constrictões medievais e se libertou para si mesmo. Não aceitou mais imposições de fora. Quis assumir em mãos seu próprio destino e traçar ele mesmo o perfil de sua fisionomia.⁶

A "libertação" sugerida por Carneiro Leão, pode ser compreendida precisamente como esta fantasia de um "sujeito", capaz de dominar o ente em sua aparição na abertura do *ái*. Heidegger⁷, ao refletir sobre a ascensão do homem-sujeito, diz "o homem não é aqui um eu egoísta isolado, mas 'sujeito', o que significa dizer que ele se coloca a

⁵ HEIDEGGER, Martin. **Nietzsche II**. Trad. Marco Antonio Casanova. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 375.

⁶ CARNEIRO LEÃO, Emmanuel. **Filosofia Grega: uma introdução**. Teresópolis: Dáimon Editora, 2010, p. 171.

⁷ HEIDEGGER, M. *Op. cit.*, 2007, pp. 127-128.

caminho de um descerramento calculador e representador ilimitado do ente". Isso significa que na essência da posição metafísica do homem na Modernidade, enquanto sujeito, entende-se que "a execução da descoberta e da conquista do mundo", assim como as respectivas irrupções nessa direção, "precisam ser assumidas e realizadas pelos indivíduos singulares excepcionais", diz Heidegger⁸. Senhor de si e do mundo, há uma hegemonia no *logos* bioético, na esteira da metafísica moderna, que tende a interpretar o *ser* humano como uma substância, dotada de propriedades, sendo a "dignidade" um destes aspectos, inteiramente controláveis e que compõem a essência deste simplesmente-dado (*Vorhandenheit*) que, desta perspectiva, todos somos. Contrariando estas perspectivas, para Heidegger⁹, a "essência" do ser humano está em sua existência e isso significa que as características que se podem extrair deste ente não são meras "propriedades" dadas à um ser simplesmente dado (*Vorhandenheit*) que possui esta ou aquela "configuração". Segundo Heidegger¹⁰: "As características constitutivas da presença [*Dasein*] são sempre modos possíveis de ser e somente isso. Toda modalidade de ser deste ente é primordialmente ser". Assim, a "dignidade" é antes uma "coloração", que se manifesta ou não em dadas situações "nobres", jamais uma propriedade do *ser* humano. Casanova nos ajuda aqui:

O ser-aí humano é um ente que não possui nenhuma determinação quiditativa. Ele não possui em si mesmo uma razão, um corpo, uma alma ou um conjunto de faculdades. Ao contrário, tudo aquilo que ele é só se determina a partir do estabelecimento existencial de um de seus modos possíveis de ser. [...] o ser-aí é, em suma, um poder ser que só conquista a si mesmo a partir de suas múltiplas possibilidades de ser.¹¹

⁸ *Idem*.

⁹ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Trad. Marcia Schuback. Petrópolis: Vozes, 2006, pp. 85-86.

¹⁰ *Idem*.

¹¹ CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009, p. 90-91.

Ainda na esteira desta problemática, um segundo aspecto deste "quem" do *logos* da Bioética¹² recebe o título de "beneficência e maleficência". Operando de maneira similar ao primeiro aspecto, acima, a compreensão do *ser* humano se perde no "humano", em *esquecimento ou abandono do ser*, mas com um agravante: a assumpção implícita que este "eu" é seu corpo. Donald Evans¹³, o autor deste capítulo 5, tratando da beneficência e da maleficência, não se intimida diante da profundidade de um tema que toca a intimidade do *ser* humano. Opta por elaborá-la conjecturando sobre a "saúde", o que conseqüentemente o leva a tratar do *ser* humano de acordo com o padrão cartesiano da dualidade mente-corpo, *res cogitans* e *res extensa*. Por esta vereda, não há como evitar a significância do "corpo" na qualificação do que seja benéfico ou maléfico, e muito menos não permitir o uso do capcioso paradigma sujeito-objeto, em se tratando de *ser* humano. Como esboçado, nesta perspectiva perigosa reduz-se o *ser* humano apenas ao seu aspecto humano, traço fundamental do esquecimento do ser (*Seinsvergessenheit*), de que Heidegger tanto nos fala.

A omissão da questão do sentido de ser (*Frage nach dem Sinn von Sein*) não constitui um simples fato, que se pode constatar no decurso da história da Filosofia ocidental. Ela foi também sancionada pela tradição e sua suposta inutilidade, caracterizada muitas vezes como impossibilidade, decorre da própria concepção de "ser" que anima a Metafísica tradicional. Segundo MacDowell¹⁴: "Este preconceito assume diversas vestes". Esta pequenina palavra, o "ser", carrega um conceito que nos é radicalmente familiar. Utilizamos o termo de muitas as maneiras, seja em nosso conhecer, em nosso modo de falar e toda e qualquer expressão que

¹² *Op. cit.* TEN HAVE e GORDJINE, 2014, p. 59

¹³ *Ibid.*, p. 59-74.

¹⁴ MACDOWELL, João. **A Gênese da Ontologia Fundamental de M. Heidegger**. São Paulo: Loyola, 1993, p. 169

utilizamos para reportar-nos a nós mesmos ou a outros entes, diz MacDowell¹⁵.

E todo mundo entende, sem mais, o sentido desta expressão? Todo mundo sabe que significa: "O céu é azul", "Eu sou estudante" etc. Para que instituir uma questão sobre aquilo que já é evidente para todos? O sentido de ser não desperta a nossa curiosidade? Parece algo tão trivial que não nos preocupamos com a pergunta: que é que entendemos, afinal de contas, com a expressão "ser"?

Tentar explicar o sentido de ser não é somente supérfluo, mas também contraditório. Uma definição rigorosa, que, segundo as leis da Lógica, consta do gênero próximo e da diferença específica, está excluída de antemão, pois a noção de ser transcende todos os gêneros e, além disso, não admite diferenças propriamente ditas, pois nada, que é de qualquer modo, pode acrescentar-se ao ser como estando fora de sua alçada original. E o que não é não faz diferença. Mas também uma simples declaração do seu sentido está fadada a fracassar diante da peculiaridade do ser. Qualquer noção, que fosse arregimentada para tal fim, inclui já em si, como nota fundamental, o ser. Ora, aquilo que para ser entendido já supõe entendido o ser, não é capaz de esclarecer o seu sentido.

Diante do desafio descomunal de pensar a questão do sentido do ser (*Frage nach dem Sinn von Sein*), a Lógica - nas expressões da ciência e da técnica, e toda história do pensamento Ocidental - enxergou o "humano" (demasiado humano) como instância suficiente para seu pensar. Do "humano" ao "corpo", a redução era inapelável. Não caberia no espaço de um artigo tentar expor diretamente a ideia que fazemos de "ser" (*Sein*). Esta questão só pode ser lograda, de maneira justa, através da elaboração prévia e sistemática da própria questão do sentido do ser. De nosso interesse, aqui, apenas a redução do "ser" ao "humano" e, ainda mais, do "humano" ao corpo, na qualificação do que seja benéfico ou maléfico.

Em uma série de palestras organizadas pelo famoso psiquiatra Medard Boss, entre os anos de 1959 e 1969, Heidegger¹⁶ expôs com clareza a "pobreza" desta redução que ora apontamos:

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2001, pp. 244-245.

Então tudo o que chamamos a nossa corporeidade, até a última fibra muscular e a molécula hormonal mais oculta, faz parte essencialmente do interior do existir; não é, pois, fundamentalmente matéria inanimada, mas sim um âmbito daquele poder perceber não objetivável, não optica-mente visível de significações do que vem ao encontro, do que consiste todo o Dasein. Este corporal forma-se de tal modo que pode ser utilizado no trato com o “material” do animado e inanimado do que vem ao encontro. Mas ao contrário de uma ferramenta as esferas corporais do existir não são descartadas do ser-homem. Não podem ser guardadas isoladas numa caixa de ferramentas. Ao contrário, elas permanecem permeadas pelo ser-homem, seguras por ele, pertencentes a ele, enquanto um homem viver. No entanto, ao morrer, este âmbito corporal transforma seu modo de ser naquele de uma coisa inanimada, na massa de um cadáver que se decompõe.

Certamente, o corporal do Dasein admite que já em vida ele seja visto como um objeto material, inanimado, como uma espécie de máquina complicada. Tal observador, na verdade, já perdeu de vista para sempre o essencial do corporal. Então, a consequência de tal observação insuficiente é a perplexidade perante todas as manifestações essenciais do corporal.

Por isso, em relação à totalidade da corporeidade, pode-se dizer o mesmo que já foi citado com referência ao ver e os olhos corporais: não podemos “ver” porque temos olhos, mas, antes, só podemos ter olhos porque segundo a nossa natureza fundamental somos seres que veem. Assim, também não poderíamos ser corporais, como de fato somos, se o nosso ser-no-mundo não consistisse fundamentalmente de um sempre já perceptivo estar-relacionado com aquilo que se nos fala a partir do aberto de nosso mundo como o que, aberto, existimos. Além disso, nesta interpelação já estamos sempre orientados para os acontecimentos que se nos revelam. Somente graças a tal orientação essencial do nosso Da-sein podemos diferenciar a frente do verso, o alto do baixo, o esquerdo do direito. Graças ao mesmo ser orientado para algo que se nos fala podemos na verdade ter um corpo, ou melhor, sermos corporais. Não, porém, somos primeiramente corporais tendo, conseqüentemente, a partir disso uma frente, um atrás, etc. Apenas não podemos confundir nosso ser-corporal existencial com a materialidade-corpórea de um objeto inanimado simplesmente presente.

O terceiro aspecto do "com quem andas" do *logos* da Bioética é denominado duplamente por "autonomia e responsabilidade". O recurso a Kant é inevitável toda vez que estes termos-chaves são abordados, especialmente em um discurso "ético". Todavia há certa fixação num entendimento comum, e deveras questionável, do que Kant enuncia com estes termos, que merece ser melhor investigada. Embora muito distante do tratamento extensivo e intensivo que estes temas merecem, propomos

retomar seus enunciados conforme examinados por Heidegger¹⁷.

Resumindo ao extremo, segundo Heidegger¹⁸, Kant elabora duas definições da liberdade humana: uma prática e outra transcendental. A liberdade prática pode ter uma definição negativa que se assenta na afirmação "ser-livre-de..."; uma definição totalmente infecunda para responder à questão, "o que é a liberdade?", diga-se de passagem. Todavia esta mesma definição negativa dá acesso a uma positiva, qual seja, a "liberdade-da-vontade", a "autonomia", a capacidade de se auto-legislar; ainda assim, infecunda quanto ao que seja a "liberdade". Ambas definições expressam a liberdade humana em seu sentido prático, que não nega ou se opõe à liberdade transcendental. Pelo contrário, a liberdade prática, o "ser-livre-de" e a "autonomia" são o que são em virtude da liberdade transcendental, que Kant reconhece como sendo a "espontaneidade absoluta". Mas então, autonomia e espontaneidade absoluta não se equivalem ou ao menos se confundem? Com efeito, em uma e outra, eis o si mesmo, a ipseidade, o *autós* (o mesmo) se fazendo fundo e presença. Entretanto há uma diferença significativa acentuada por Heidegger¹⁹ em sua leitura de Kant:

Espontaneidade absoluta: a faculdade do autoinício de um estado. Autonomia: dar-a-si-mesmo-leis de uma vontade racional. Na espontaneidade absoluta (na liberdade transcendental), não se fala de vontade e de lei volitiva, mas do autoiniciar de um estado; na autonomia, em contrapartida, de um ente determinado, a cuja essência pertence querer, *πράξις*. Eles não são uma e a mesma coisa e, contudo, há algo de mesmo nos dois: eles se copertencem. Como? O determinar-a-si-mesmo para o agir como autolegislação é um autoiniciar de um estado na região particular do agir humano de um ser racional em geral. Autonomia é uma espécie de espontaneidade absoluta, essa espontaneidade demarca a essência universal daquela. Com base nesse caráter essencial enquanto espontaneidade absoluta, a autonomia é possível. Se não houvesse absolutamente nenhuma espontaneidade absoluta, então também não haveria nenhuma autonomia. A autonomia funda-se, segundo a

¹⁷ HEIDEGGER, Martin. **A essência da liberdade humana: introdução à filosofia**. Trad. Marco Antonio Casanova. Rio de Janeiro: ViaVerita, 2012, pp. 36-49.

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ *Ibid.*, pp. 41-42.

possibilidade, na absoluta espontaneidade, a liberdade prática na liberdade transcendental. De acordo com isso, Kant mesmo diz expressamente na Crítica da razão pura: “É extremamente estranho, que o conceito prático de liberdade se funde nessa ideia transcendental de liberdade, enquanto aquela liberdade [transcendental] se funda nessa liberdade [prática]. Esse constitui o fator propriamente dito das dificuldades, que envolveram desde sempre a questão sobre a sua possibilidade”. [Kant, Crítica da razão pura, A 533, B 561; Fundamentação da metafísica dos costumes, p. 74 (IV, 446)]

Essa interpretação seguindo os passos de Kant, apoiada em longa citação, serve não somente para contestar o entendimento de *autonomia* expresso no Capítulo 6, escrito por O. Carter Snead e Kelli Mulder-Westrate²⁰, mas para evidenciar a redução tanto da *autonomia* quanto da *responsabilidade*, a meros atos de vontade de um *mim-mesmo* no exercício de sua liberdade prática. Ao passo que a reflexão indispensável, até como abrigo desta, feita pelos autores, deve avançar em direção à *liberdade transcendental* do *ser* humano, de onde é possível qualquer exercício de *autonomia* e *responsabilidade*.

SER HUMANO E ENTE HUMANO

Pela breve desconstrução do discurso da Bioética que procuramos elaborar, tornando explícito alguns dos elementos que compõem o "com que andas" e, portanto, o "quem és", cabe agora reunir e aprofundar as características desse "quem" e demonstrar sua precariedade, face às grandiosas e urgentes metas projetadas pela Bioética. Evitando qualquer fenomenologia ou ontologia que vá além da aparência do *ser* humano, o *ente* humano, pode parecer suficiente para a ciência moderna um "quem" que se resume a um "animal racional" (tradução amputada do *zoon logon echon* grego), a uma dualidade *animal* + *razão* ou, como se designa desde Descartes, uma *res cogitans* e uma *res extensas*, ou ainda, mais recentemente,

²⁰ TEN HAVE e GORDJINE. *Op. cit.*, 2014, pp. 75-84.

uma mente baseada em cérebro mantido por organismo corporal em seu *habitat*, cada vez mais artificial.

Embora o pensamento calculativo possa, sobre esta visão reduzida de *ser* humano, realizar toda sorte de representações, modelagens e análises de dados, sempre se estará aquém do que é isso, o *ser* humano. Dentro do pensamento de Heidegger, é como pensar o *ser-aí* em se perdendo ou "prendendo" apenas em uma das manifestações do *Alé*. É justamente na direção oposta que seu pensamento nos convida a pensar, na direção do inefável *ser*. É preciso ir à montante, jamais à juzante. Este exercício é, por si só, um pensamento meditativo. Como uma tela de fundo a qualquer pensamento calculativo, embora este ainda se faça necessário pela tecnicização da sociedade e do meio em que o humano é.

A Bioética, assim como as demais ciências, mas talvez mais intensamente devido a seus dois vetores fundacionais, "vida" e "ética" - inclusos em seu nome para que não haja dúvidas - setoriza ou regionaliza seu campo de estudo de modo por vezes ingênuo, sem atentar para seu único e principal eixo, em que a *vida* age como força descensional, na *dação* da totalidade da existência humana, e a *ética* atua como força ascensional, elevando desde o *humano* à plenitude de *ser*. Os conceitos fundamentais que vieram e que venham a se constituir em cada região carecem do vigor dos vetores de seu eixo principal, o *ser* humano, caso este não se estabeleça definitivamente como o eixo de uma roda de onde partem os raios que regionalizam a Bioética, e assim delimitam estas regiões girando ao redor de seu eixo.

Neste sentido, o pensamento de Heidegger pode contribuir efetivamente para um pensamento "essencial", para além da instrumentalização do pensar, e que venha a conceber este eixo, o *ser* humano. Segundo Haar²¹, frequentemente acusou-se Heidegger de ter

²¹ HAAR, Michel. **The song of the earth: Heidegger and the grounds of the history of**

esquecido a dimensão "ética". O primeiro motivo desta distanciação é, sem dúvida, a futilidade dos ideais de ciência rigorosa em buscar as condições de uma possível *ars vivendi*. Face a uma ameaça tão radical quanto aquela da tecnicização do mundo, a instrumentalização do pensamento não é somente estéril, mas desprezível. Este movimento de afastamento de modo técnico de pensar, não se desdobra verdadeiramente senão nos últimos textos como *Gelassenheit* (serenidade). Segundo Heidegger²²: "O problema do ser conseguirá através de todas estas questões encontrar sua força e seu alcance elementares?". Ou somos, neste ponto, vítimas da loucura da técnica, do afazer e da celeridade expeditiva que não possamos mais ter amizade (*philia*) pelo que é essencial, simples e durável?, pergunta Haar²³. Na época da técnica a neutralidade fenomenológica não é mais admissível. A posição de "espectador desinteressado" se torna insustentável quando na era do domínio planetário da técnica.

"O perguntar ontológico é, sem dúvida, mais originário do que qualquer perguntar ôntico das ciências positivas"²⁴. Porém ele mesmo seria ingênuo e opaco se seu pensar o *ser* humano deixasse sem exame o sentido do *ser* em geral. Não é suficiente reconhecer o eixo, *ser* humano, é preciso acolher um pensar meditativo sobre o sentido desse *ser*.

Por isso, a questão-do-ser tem por meta não só uma condição a priori da possibilidade não só das ciências que pesquisam o ente como tal ou tal e nisso já se movem cada vez em um entendimento-do-ser, mas também a condição da possibilidade das ontologias, as quais elas mesmas precedem as ciências ônticas e as fundamentam. Toda ontologia, por rico e firmemente articulado que seja o sistema de categorias à sua disposição, no fundo permanece cega e se desvia de sua intenção mais-própria, se antes não elucidou suficientemente o sentido de ser e não concebeu essa

being. Translated by Reginald Lilly. Indiana: Indiana University Press, 993, p. 90.

²² HEIDEGGER, Martin. **Kant and the problem of metaphysics**. Translated by Richard Taft. Indiana: Indiana University Press, 1997, pp. 172-173.

²³ *Op. cit.* HAAR, 1993, p. 90.

²⁴ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Trad. Fausto Castilho. Campinas: UNICAMP, 2012, p. 57.

Levando em consideração os quatro aspectos acima apresentados, do "quem" expresso no *logos* da Bioética, fica evidente que em todos eles, o "ser" humano está obnubilado pelo "humano". Uma ontologia fundamental, seja de Heidegger ou outra, que deve servir de solo e assentar as bases conceituais de qualquer ciência, não foi ainda suficientemente apropriada pela Bioética. A ontologia que percola a Bioética "permanece cega e se desvia de sua intenção mais-própria", como diz a citação acima, pois "não elucidou suficientemente o sentido" do ser humano, o "quem" indiscutível endereçado "por" e "em" ela. Como tal, se apresenta como pobre companhia da Bioética, tão somente o ente humano, insuficiente para conduzi-la às metas almejadas.

De fato, este "quem" se revela no discurso da Bioética, como um *sendo*, um ente humano, jamais como ser humano. Isso que Heidegger denomina *diferença ontológica* não é levado em conta, corroborando para o total *abandono do ser* num "ver", lidar, tratar, enfim, ocupar-se unicamente com o ente. Mas, por que seria premente evitar o *abandono do ser*? O que há de tão alarmante em ocupar-se exclusivamente do *sendo*, do ente? A resposta resumida ao "porque" da premência, a ser elaborada a seguir, é: o imperativo de assumir a responsabilidade de ser humano diante de "todos os sinais da 'capitulação' ante o que está presente enquanto tal, ante o ente junto a si determinado maquinacionalmente, isto é, determinado pelo abandono do ser."²⁶

A metafísica, segundo Heidegger²⁷, "funda uma era, na medida em que, através de uma determinada interpretação do ente e através de uma

²⁵ *Idem.*

²⁶ HEIDEGGER, Martin. **Meditação**. Trad. Marco Antonio Casanova. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 21.

²⁷ HEIDEGGER, Martin. **Caminhos de Floresta**. Trad. Irene Borges-Duarte. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2002, p. 96.

determinada concepção da verdade, lhe dá o fundamento da sua figura essencial". A metafísica da *Modernidade*, postulada desde a Renascença, através de nomes como Bacon, Galileu e Descartes, determinou a *representação* como a "interpretação do ente" hegemônica, e a *certeza* da proposição, por conseguinte do enunciado de uma *representação*, como a "concepção da verdade". Nesta amarração mútua de *representação* e *certeza*, de todo e qualquer entendimento do *sendo* ou *ente*, já se apercebe uma consolidação do *esquecimento do ser*, de certa maneira já prenunciado em Platão e Aristóteles. Cabe ressaltar, entretanto, que nem *esquecimento* e muito menos *abandono*, significam sumiço do *ser*, visto que "ser é cada vez o ser de um ente"²⁸. Todavia, na Modernidade não há nem mesmo a lida com o *sendo do ser*, mas com sua *representação* e *certeza* da mesma, ou seja, vigora um *sendo do sendo*: um *sendo* forjado intelectualmente para assim *sendo*, *representar* o *sendo do ser*.

Para Milet²⁹, Heidegger fala de uma *ficção calculada*. Uma *maquinação* que passa a vigorar como determinada interpretação do ente, assim como a eficácia da modelagem arbitrada por este pensamento calculativo, vai assegurar a nova concepção de verdade. A redução do *ser do ente* apenas ao *sendo* e da *verdade do ser* à *certeza* da sua enunciação, significa em suma que: "o apequenamento metafísico do 'mundo' gera um esvaziamento do homem"³⁰. Eis porque alguns pensadores mais sensíveis à época que vivemos falam de "morte do homem", "morte do sujeito", o que comungamos afirmando de nosso lado, a "morte do *ser* humano".

²⁸ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Trad. Fausto Castilho. Campinas: UNICAMP, 2012, p. 51.

²⁹ MILET, Jean-Philippe. **L'Absolu technique. Heidegger et la question de la technique**. Paris: Kimé, 2000, p. 94.

³⁰ HEIDEGGER, Martin. **Contribuições à Filosofia**. Trad. Marco Antonio Casanova. Rio de Janeiro: Via Verita, 2014, p. 479.

O cálculo planejador torna o ente cada vez mais re-presentado, cada vez mais acessível em todo e qualquer aspecto possível da explicação; e isso de tal modo, em verdade, que essas controlabilidades se unificam entre si e se tornam mais correntes e, assim, o ente é ampliado em direção ao aparentemente ilimitado; todavia, justamente apenas aparentemente. Em verdade, realiza-se com a intervenção extrativa da pesquisa (da historiologia no sentido mais amplo do termo) uma transposição do gigantesco do que está submetido ao planejamento para o próprio planejamento. E num instante, uma vez que o planejamento e o cálculo se tornaram gigantescos, o ente na totalidade começa a encolher. O “mundo” se torna cada vez menor; e não, por exemplo, apenas no sentido quantitativo, mas no significado metafísico, o ente enquanto ente, isto é, como algo objetivo, é, por fim, a tal ponto dissolvido na controlabilidade, que o caráter de ser do ente por assim dizer desaparece e o abandono do ser do ente se consuma.³¹

Um possível antídoto para tal *esquecimento e abandono do ser* se oferece no foco do pensamento de Heidegger sobre o *ser* humano, inicialmente enquanto *Dasein* (ser-aí) e posteriormente enquanto *Mensch* (homem). Inicialmente, reconhecendo o privilégio ontológico ou *existenciário* que destaca o *ser-aí* dentre os demais entes, lhe conferindo um caráter eminente³². O que faz com que o *ser-aí* não seja somente um *ente* entre outros *entes*, pois tem em seu *ser* uma relação de *ser* com seu *ser*, o que implica que o *ser-aí* se compreende em seu *ser* de alguma maneira. Além do mais se considerado o *ser-aí* enquanto *abertura do ser* em que comparecem *entes intramundanos*, *abertura* com que estes *entes* são aquiessidos pelo *entendimento de ser* (*Seinsverständnis*) – esta mesma uma determinação do *ser* do *ser-aí* –, e *abertura* de que estes *entes* são constituídos em presença e *significância* (*Bedeutsamkeit*), em distintos *modos de ser*. Desta sumária caracterização do *ser-aí* (*Dasein*) se pode assegurar a proeminência do *ser* em qualquer consideração sobre o *ser* humano, remediando a possibilidade de *esquecimento* e conseqüente *abandono do ser*.

Posteriormente, Heidegger opta por utilizar menos a palavra *Dasein* e adotar mais a palavra *Mensch* (homem). Não interessa nesta nossa

³¹ *Ibid.*, pp. 478-479

³² HEIDEGGER, Martin. *Op. cit.*, 2012, p. 59.

breve apreciação de seu pensamento, perder-se em especulações do "por que" de sua nova opção de referência não a um gênero do humano, obviamente, mas ao *ser* humano. Importante é levar em conta que não adota *Mensch* em detrimento de *Dasein*, pois o primeiro "é concebido a partir de seu fundamento, isto é, a partir do ser-aí"³³. Ao mesmo tempo, assim como o *Dasein* é uma concepção prevalente de *ser*, mas a ser apropriada e dela partir para a concepção de *Mensch*, da mesma maneira esta última concepção é algo a partir de que se alcance o *ser* humano. Então o que indica exatamente a opção por *Mensch* assentada ainda em *Dasein*, e como esta indicação busca uma aproximação ainda maior do sentido do *ser* humano? A resposta é dada por Heidegger³⁴:

O homem, enquanto transcendência existente excedendo-se em possibilidades, é um ser ao longe. Somente por meio de distâncias originárias, que em sua transcendência ele forja para si em relação a todo o ente, começa a ascender dentro dele a verdadeira proximidade para com as coisas. E só o ser capaz de abrir os ouvidos para a distância temporaliza para o ser-aí como si mesmo o despertar da resposta da co-existência no ser-com, com o qual ele pode sacrificar a egoidade para se conquistar como o autêntico si mesmo.

O *ser* humano, seja abordado enquanto *Dasein* ou *Mensch*, tem, em vários sentidos, como alguns aqui exemplificados, uma primazia sobre todo outro *ente* a vários níveis. Em primeiro lugar, uma primazia *ôntica*, no sentido de requisitado pelo *ser* à existência entre todos os *entes*; o *ser* ele mesmo é o que cada vez está em jogo para esse *ente* e sua essência, a *existência*, reside em seu *ter-de-ser*³⁵. *Existência* esta não essencial a todos os demais *entes* não conformes ao *Dasein*; razão pela qual este termo, em geral traduzido por *ser-aí*, designando este *ente* privilegiado, o *Dasein*, exprime um "quem" mas jamais um "que", como é o caso de mesa, casa, árvore,

³³ HEIDEGGER, Martin. *Op. cit.*, 2014, p. 22.

³⁴ HEIDEGGER, Martin. **Marcas do Caminho**. Trad. Enio Paulo Giachini e Ernildo Stein. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 188.

³⁵ HEIDEGGER, Martin. *Op. cit.*, 2012, p. 139.

mas o *ser*³⁶. O que leva a postular, ao mesmo tempo, a primazia ontológica do *ser-aí*, pois todo *ser-assim* ou *ser-assado* desse *ente* é primariamente *ser*. O *ser-aí* jamais passível de caracterizar por "propriedades", ou "categorias" aristotélicas ou kantianas, como a dos *entes* não conformes ao *ser-aí*. O *ser-aí* jamais é tão somente um *ente-aí*, assim como o *ser* humano jamais é tão somente um *ente* humano; o *ser-aí* é *ôntico-ontológico* (*ontisch-ontologische*).

O círculo de nossa argumentação se completa neste retorno ao "quem" da Bioética, em termos de "com quem andas" e consequentemente "quem és". Logo, o "quem" é parte inerente à Bioética tanto pelo "quem" a discursa, como pelo "quem" é nela discursado, objeto de seu *logos*. Espero ter ficado claro que este "quem", foi, é e sempre será, o *ser* humano. Entretanto, vimos este "quem" se reduzir ao *ente* humano, em uma versão ontologicamente "pobre" e onticamente "rica", com forte e quase exclusiva preponderância do "humano" (demasiado humano). Esta afirmação deve ficar evidente se concluirmos nossa argumentação com um exame mais apurado do sentido deste "quem", em referência ao *ser* humano.

Retomando Heidegger, o *ser* humano enquanto *ente* humano é elucidado pelas determinações fundamentais do *ser-aí* (§9 de *Ser e Tempo*³⁷). O *ser-aí* enquanto *ente* humano somos nós mesmos, ou seja, é cada vez "meu". Como *ente* deste *ser* humano, se acorda com seu *ser*, está entregue a seu próprio *ser*. "Como ente desse ser, cabe-lhe responder pelo seu próprio ser"³⁸. Por conseguinte: 1) a essência deste *ente* consiste em *ter-de-ser* (*Zu-sein*), *existência*, da qual qualquer ser-tal-e-tal é primariamente *ser*; 2) o *ser-cada-vez-meu* (*Jemeinigkeit*) deste *ente* humano implica a referência cotidiana a ele através do pronome pessoal: "eu sou", "tu és"³⁹; 3) o *ente*

³⁶ *Ibid.*, p. 141.

³⁷ HEIDEGGER, Martin. *Op. cit.*, 2012, pp. 139-147.

³⁸ *Ibid.*, p. 139.

³⁹ *Ibid.*, p. 141.

humano se comporta com relação a seu *ser* como em relação a sua possibilidade mais plena de *propriedade* (*Eigentlichkeit*), e essencialmente por essa possibilidade pode também "escolher-se", "decidir-se" por *ser* si-mesmo propriamente ou "mim-mesmo" impropriamente.

Na referência ao *ente* humano como "eu sou" jaz o risco de um enfático "eu" com forte ressonância corporal, clamando mor das vezes um mim-mesmo, o *ser* humano no modo da *impropriedade*, da *inautenticidade* (*Uneigentlichkeit*). Um modo que não significa um *ser* menos ou grau de *ser* inferior, pelo contrário pode estar indicando o *ser-aí* "segundo sua mais completa concretização em suas ocupações, atividade, interesses e sua capacidade-de-gozar"⁴⁰. É justamente nesta ambiguidade da referência ao *ente* humano, o "eu sou", que pode se insinuar o *abandono do ser*. O "quem" do *logos* da Bioética testemunha justamente esta ambiguidade, no mais das vezes na elaboração de seus diferentes aspectos, perdendo-se no *ente* humano e esquecendo do *ser* humano, único referencial possível em se tratando de "vida" e de "ética".

CONCLUSÃO

A Bioética reúne em seu próprio nome aqueles termos que deveriam ser os dois vetores maiores de sua razão de ser: "vida" e "ética". Entretanto, a interpretação e a decorrente motivação e força destes dois vetores, em sua permanente constituição e reconstituição como disciplina científica, são totalmente dominadas por "com quem anda" e consequentemente "quem é" a própria Bioética. Como vimos este "quem" se refere ao *ser* humano e à compreensão que dele se tem, que percola todo o pensamento bioético, ou pelo menos, o *pensar* da quase totalidade de bioeticistas. Qual seja "quem fala e se refere a Bioética, *ser* humano ou *ente*

⁴⁰ *Idem.*

humano, o *pensar* dos bioeticistas pode se fazer *calculativo*, se referido tão somente ao "humano" ou "meditativo", se referido ao *ser*. O artigo demonstra a inadequação do discurso da Bioética optando pela prevalência do *ente* humano, uma pobre versão do *ser* humano. Para tal, examinamos quatro aspectos declaratórios dessa opção pelo *ente* humano, conforme expostos por pensadores da Bioética. O artigo conclui com a proposta de um antídoto à redução ao "humano", na expressão *ser* humano. Não se trata de um método nem de um esforço, mas de uma atitude por assim resistir o *esquecimento* e o decorrente *abandono do ser humano*.

ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E ANENCEFALIA: DEBATES NO CAMPO DA BIOÉTICA E DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

INTRODUÇÃO

O aborto — conceituado como interrupção do desenvolvimento do embrião ou do feto durante a gravidez, desde que a gestação ainda não tenha chegado às vinte semanas — é um dos temas mais polêmicos na atualidade, fomentando múltiplos focos de debate. Nesse âmbito, apresentam-se argumentações téticas e antitéticas e diversas denominações — como antecipação terapêutica do parto, interrupção da gravidez — dependendo do contexto ou do argumento a que se destina, mormente nos âmbitos político, médico, jurídico e filosófico¹. Aqui, escolheremos a denominação antecipação terapêutica do parto, por nos parecer o mais apropriado para o contexto da anencefalia, mote da presente discussão, conforme será delimitado adiante.

O espaço definitivo para o estabelecimento de debates sobre esta “verdadeira controvérsia moral”² — representada pelo aborto —, consolidou-se, no hemisfério norte, a partir das transformações sociais ocorridas na década de 60, relacionadas ao movimento das lutas políticas feministas em prol da liberdade sexual e reprodutiva³. Já nas sociedades

¹ DINIZ, D. *Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño*. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(2): 634-639; 2005.

² MORI, M. **A moralidade do aborto**. Sacralidade da vida e novo papel da mulher. Editora UnB, Brasília; 1997.

³ MURARO, R. M. El aborto y la fe religiosa en América Latina. AM Portugal (org.). **Mujeres e Iglesia** — sexualidad y aborto en América Latina. Publicación de Catholics for a Free Choice. Distribuciones Fontamara, México; 1989.

latino-americanas, o movimento ganhou força – com um atraso de 20 anos – quando, durante o processo de redemocratização instaurado a partir dos anos 80, surgiram as propostas de lei relativas ao tema no Congresso Nacional nos anos 90, em suas maiorias favoráveis à ampliação das situações em que o procedimento deixasse de ser imputável⁴.

A antecipação terapêutica do parto seletiva⁵, motivada pela existência de graves lesões fetais, muitas das quais incompatíveis com a vida — como no exemplo mais conhecido da anencefalia — encontra-se na “ordem do dia” no âmbito dos debates bioéticos e legais em torno do tema. Tal contexto se articula, entre outras razões, ao embate jurídico desencadeado por uma liminar concedida pelo Ministro Marco Aurélio de Mello à Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde em julho de 2004, a qual garantia a realização de tal procedimento em caso de anencefalia, sem a necessidade de aguardar a decisão judicial. A liminar foi cassada por sete votos a quatro em outubro de 2004. Recentemente, em 2012, com a recente aprovação, pelo Supremo Tribunal Federal brasileiro, da “antecipação terapêutica do parto” em casos de gravidez de feto anencéfalo, acrescentaram-se importantes elementos ao atual debate sobre a moralidade e a legalidade de tal procedimento, mormente nos casos de má formação intrauterina incompatível com a vida⁶.

A despeito das controvérsias jurídicas — e mesmo nesta situação em que a antecipação terapêutica do parto, no caso da gravidez de anencéfalo, foi finalmente descriminalizada no país⁷ — a questão

⁴ HARDY, E.; REBELLO, I. La discusión sobre el aborto provocado en Congreso Nacional Brasileño: el papel del movimiento de mujeres. **Cadernos de Saúde Pública** 12(2): 259-266; 1996.

⁵ DINIZ, D.; ALMEIDA, M. Bioética e aborto, pp 125-137. In COSTA, SIF, OSELKA, G. & GARRAFA, V. (orgs.). **Iniciação à bioética**. Conselho Federal de Medicina, Brasília; 1998.

⁶ MÜLLER-HILL, B. **Ciência assassina**: como cientistas alemães contribuíram para a eliminação de judeus, ciganos e outras minorias durante o nazismo. Rio de Janeiro: Xenon, 1993.

⁷ *Idem*.

(bio)ética em tais casos precisa de melhor formulação, no âmbito mais amplo da assim chamada moralidade do aborto, a qual pode ser entendida como conjunto de argumentos favoráveis e contrários, que devem ser justificados racionalmente, isto é, “de forma imparcial (...) a fim de detectar as razões que as sustentam e provar a coerência interna de cada uma”⁸. Isto se torna compreensível, sobretudo, ao se compreender que (bio)ética e direito são campos de saber solidários, porém distintos, como bem aprendido nos exemplos de estados governados com base em leis que se revelaram, paradoxalmente, como injustas. Deste modo, revisitar o debate bioético acerca do assunto, explicitando os principais argumentos pró e contra ao ato, reveste-se da maior relevância para uma compreensão mais clara sobre o que efetivamente está em jogo, mormente no âmbito das sociedades laicas, pluralistas e democráticas — como [se espera] seja o caso da sociedade brasileira — além de permitir a inserção de novos “ingredientes” no debate, como no caso da compaixão – de acordo com a fundamentação da moral proposta por Arthur Schopenhauer — discutida por autores contemporâneos como compaixão laica⁹. Tal é o objetivo do presente ensaio.

ABORTO: RELEVÂNCIA EM TERMOS DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme demonstrado claramente por The Alan Guttmacher Institute, em diferentes investigações⁹, 4.620.000 abortos em condição de ilegalidade — de um total de 4.775.000 — foram realizados na América Latina no ano de 1990 (ou seja, em 96,8% dos casos); no Brasil realizaram-se 1.443.350 práticas ilegais em 1991 constituindo uma taxa anual, por 100 mulheres de 15 a 49 anos, nas clínicas clandestinas ou com parteiras,

⁸ MORI, M. *Op. cit.*, 1997.

⁹ *Idem.* Ver também *op. cit.* Müller-Hill B., 1993.

representando uma razão de 31 abortos por 100 gravidezes¹⁰. Estimativas de 2005 apontavam para um total de 1.054.243 abortos procedidos por ano no país, destacando-se que a curetagem pós-aborto é a segunda intervenção obstétrica mais realizada nos serviços públicos de saúde. Deste modo, considerar a questão do aborto apenas do ponto de vista legal é fechar os olhos a um problema real que insiste em se colocar, diuturnamente, nos serviços de saúde e no contexto mais amplo da sociedade brasileira. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que complicações decorrentes do aborto matem seis mil mulheres todos os anos na América Latina. Ademais, segundo dados do Ipas Brasil¹¹, estima-se que a cada ano, mulheres, ricas e pobres, realizam cerca de um milhão de abortamentos inseguros.

Uma das consequências deste primeiro fato é a caracterização do aborto provocado no país como um sério problema de saúde pública, no mais das vezes velado e com consequências catastróficas – aborto infectado, morte materna, entre outros¹² –, são também inúmeras as publicações que apontam o aborto clandestino como uma importante causa de mortalidade materna no Brasil¹³. É importante que se aponte o que a criminalização do aborto tem significado para as mulheres brasileiras, na medida em que os dados indicam a urgente necessidade de prestar atenção a esta realidade: no Brasil, ocorrem cerca de 250 mil internações para tratamento de complicações de aborto. Nesta esfera, o documento “20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil”¹⁴, publicado

¹⁰ SCHOR, N. **Morbidade e mortalidade por aborto**. Trabalho apresentado no Seminário Nacional: A realidade do aborto no Brasil. Embú, São Paulo, 25 - 27 outubro; 1991. (Mimeo.)

¹¹ The Alan Guttmacher Institute, **Aborto clandestino: uma realidade latino-americana**. Nova-Iorque. The Alan Guttmacher Institute; [s.n.], 1994.

¹² SOARES, G. S; GALLI, M. B.; VIANA, A. P. A. L. **Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro**: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. [elaboração e execução do projeto Beatriz Galli et. al.]. Recife: Grupo Curumim; 2010. 60p.

¹³ SCHOR, N. *Op. cit.*, 1991.

¹⁴ COELHO, H. L. L.; MISAGO, C.; FONSECA, W.; SOUSA, D. S.; ARAÚJO, J. M. L.

em 2009, contém dados sobre o perfil das mulheres que abortam no país. Tal grupo é formado, em sua maioria, por jovens entre 20 e 29 anos, católicas, com filho, e que tomaram a decisão como forma de planejamento reprodutivo.

ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E ANENCEFALIA

Importante marco histórico-jurídico sobre esta temática ocorreu no Brasil, em 11 de abril de 2012. De fato, o Supremo Tribunal Federal Brasileiro aprovou que a mulher possa optar pela “antecipação terapêutica do parto” em casos de gravidez de feto anencéfalo, de modo que, nesses casos, não haveria o crime de aborto tipificado no Código Penal¹⁵. O movimento feminista e outras forças sociais reivindicam a descriminalização em maior número de contextos — em nome da autonomia da mulher —, porém, ainda se está muito longe de um consenso mínimo.

A argumentação para os casos de anencefalia foi pautada na descrição de conceitos da neurociência contemporânea, fundamentadas na embriologia e na ontogênese do Sistema Nervoso Central¹⁶, conceituando e mapeando a anencefalia em seus aspectos morfológicos, tornando-se assim, o marco biológico de referência à temática no que tange a comprovação da ausência de vida mediante a este tipo de má formação intrauterina incompatível com a vida. Assim, considera-se a anencefalia o resultado de um defeito no fechamento do tubo neural,

Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza, Brazil. *Lancet* 338:247; 1991.

¹⁵ FONSECA, W.; MISAGO, C.; CORREIA, L.; PARENTE, J. A. M.; OLIVEIRA, F. C. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 30:13-18; 1996.

¹⁶ FONSECA, W.; MISAGO, C.; FERNANDES, L.; CORREIA, L.; SILVEIRA, D. Uso de aspiração manual a vácuo na redução do custo e duração de internamentos por aborto incompleto em Fortaleza, Brasil. **Revista de Saúde Pública** 31:1-5; 1997.

envolvendo sua extremidade distal. A incidência é de cerca de um a dois a cada 1.000 nascidos vivos.¹⁷ Trata-se de uma má formação incompatível com a vida – apenas 25% dos “nascituros” anencéfalos mantêm sinais vitais decorridos sete dias do parto. O diagnóstico de anencefalia pode ser estabelecido por exame ultrassonográfico, realizado entre a 12ª e a 15ª semana de gestação, com elevado grau de precisão. Se levada a termo, a gestação de um anencéfalo poderá representar um grande ônus para a mãe. De fato, levando-se em consideração apenas as questões biológicas, são inúmeros os problemas clínico-obstétricos adicionais que podem ameaçar a integridade física da mulher podendo levá-la até mesmo ao óbito¹⁸ (Quadro 1).

Principais complicações obstétricas da gestação, nos casos de anencefalia
A manutenção da gestação de feto anencefálico tende a se prolongar além de 40 semanas.
Sua associação com polihidrâminio (aumento do volume no líquido amniótico) é muito frequente.
Associação com hipertensão na gravidez
Associação com vasculopatia periférica de estase
Alterações da saúde mental da gestante.
Dificuldades obstétricas e complicações no desfecho do parto de anencéfalos de termo.
Puerpério com maior incidência de hemorragias maternas por falta de contratilidade uterina.
Maior incidência de infecções pós-cirúrgicas devido às manobras obstetrícias do parto de termo.”

Fonte: petição inicial da ADPF n. 54/2004.

Das 192 nações com cadeira na Organização das Nações Unidas,

¹⁷ MOORE, Keith. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 453p.

¹⁸ MELO, R. N.; FILHO, O. B. M.; COLÁS, O.R. **Posição da Febrasgo sobre gravidez com fetos anencéfalos**. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/http://itpack31.itarget.com.br/uploads/fba/arquivos/Carta-FETO-ANENCEFALO.pdf>>. 2011. Acesso em: 02 de novembro 2011.

94 autorizam a antecipação terapêutica do parto de fetos com ausência parcial ou total do cérebro. O número representa 49% dos membros. Alguns países assim se posicionam: (i) permitem o aborto: África do Sul, Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Croácia, Cuba, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Hungria, Israel, Itália, Nova Zelândia, República Checa, Suíça; (ii) não permitem o aborto: Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, China, Equador, Filipinas, Irlanda, México, Paraguai, Venezuela¹⁸; (iii) permitem a “antecipação terapêutica do parto” em situações de fetos anencéfalos:⁶ Brasil; (iv) permitem o aborto em casos de estupro e risco de vida materno:¹⁹ Brasil.

Observa-se ainda que o maior número de mortes por complicações pós-aborto está presente nos países onde o procedimento é ilegal, e nos quais o mesmo é realizado sem as mínimas condições de segurança para a mulher. Assim pode-se concluir que, apesar da proibição, o aborto é realizado tanto nos países onde é legalizado quanto naqueles em que é proibido.²⁰

Estes elementos são bastante contundentes, no sentido de conclamar uma discussão bioética responsável — e, por conseguinte, longe dos dogmatismos e fundamentalismos de todas as ordens —, a partir de uma reflexão profunda sobre as principais ponderações favoráveis e contrárias à realização do procedimento, como se procurará delinear a seguir.

ARGUMENTAÇÃO (BIO)ÉTICA

A argumentação bioética acerca da moralidade da antecipação terapêutica do parto baseia-se, essencialmente, em dois princípios morais

¹⁹ Organização Mundial De Saúde-OMS. Abortion: a tabulation of available information. Geneva: OMS; 1998.

²⁰ *Idem*.

norteadores da discussão: o Princípio da Sacralidade da Vida (PSV) e o Princípio da Autonomia (PA), cada um configurando éticas distintas e, sob vários aspectos, dicotômicos. Com efeito, o PSV impõe logicamente o dever absoluto de respeitar o assim chamado finalismo intrínseco do corpo humano, sem exceções, ao passo que o PA significa decidir sobre como e quando dispor de sua vontade, neste caso em questão, da autonomia do seu corpo principalmente e ser capaz de: auto-governar, reger a própria vida com liberdade e independência, o que é assegurado pelo ordenamento jurídico positivado levando em consideração o princípio da vida humana como um valor em si mesmo. Por isso, os dois princípios configuram duas éticas diferentes: a ética da sacralidade da vida e a ética da autonomia do sujeito.²¹

A SACRALIDADE DA VIDA

A ética da sacralidade da vida considera que a vida é um bem que possui valor absoluto – por ser concessão da divindade ou manifestação de um finalismo intrínseco da natureza –, possuindo assim o estatuto de algo “sagrado” – isto é, incomensurável do ponto de vista de todos os “cálculos” que possam, eventualmente, ser feitos sobre ela –, não podendo, portanto, ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor. Outra leitura possível da sacralidade da vida ganha força na afirmação de que a vida é sempre digna de ser vivida, ou seja, que estar vivo é sempre um bem, independente das condições em que a existência se realize. Apesar de ser considerada uma das mais contundentes objeções ao aborto – mormente nas éticas cristãs e na tradição hipocrática²² –, uma questão se impõe de pronto: se a vida é realmente sempre um bem, quem

²¹ MORI, M. *Op. cit.*, 1997.

²² RAHMAN, A.; KATZIVE, L.; HENSHAW, Stanley K. **A Global Review of Laws on Induced Abortion**, 1985-1997. Vol. 24, no 2, June; 1998, 56-64.

seria o mais competente para julgar a importância deste “bem”? Não recairia, tal prerrogativa, sobre o próprio titular daquela existência? Afirmar de maneira genérica, e peremptória, que a vida é algo bom em si mesmo, e sempre a partir da ótica de algumas pessoas supostamente competentes para interpretar este dever absoluto – implicado pelo PSV –, e que não estejam implicadas diretamente nas vidas particulares em exame, é extremamente perigoso, em concordância com muitas das reflexões críticas, consubstanciadas ao longo do século XX e dirigidas à obsessão pelas generalidades.²³

O RESPEITO À AUTONOMIA

O termo autonomia, de origem grega – αὐτονομία, de αὐτός = próprio, e νόμος = lei – remete à ideia de autogoverno. Com a Fundamentação da Metafísica dos Costumes de Immanuel Kant²⁴, no bojo desta tradição, pode se definir como autônomo o indivíduo que age livremente de acordo com um plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma que um governo independente administra seu território e define suas políticas.²⁵

Com base neste pressuposto, os autores que “defendem” a antecipação terapêutica do parto apontam para a necessidade de que seja respeitada a autonomia de escolha da mulher, isto é, sua competência em decidir, livremente, aquilo que considera importante para viver sua vida, incluindo nesta vivência o processo de exercer sua autodeterminação, de acordo com seus valores e interesses legítimos.²⁶

²³ HENSHAW, S. K.; SINGH, S.; HAAS, T. **La incidência del aborto inducido a nível mundial**. Perspectivas Internacionais em Planificación Familiar; 1999:16-24.

²⁴ SMITH, A. **Teoria dos sentimentos morais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

²⁵ WITTGENSTEIN, L. **Tratado lógico-filosófico e investigações filosóficas**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1989.

²⁶ *Idem*.

Mas a mulher que toma a decisão pela antecipação terapêutica do parto está inserida em um contexto, no qual existem desigualdades sociais que interferem em todo o processo de gestar, desde o acesso à contracepção até a tomada de decisão em relação à antecipação terapêutica do parto indesejado. De fato, embora o maior acesso à informação atue na prevenção da gestação, ela não interfere na tomada de decisão.²⁷ Por isso, é fundamental o cumprimento e a continuidade de políticas públicas que reconheçam o direito de autonomia das mulheres, bem como ações de educação em saúde e de planejamento familiar que, além de considerar os aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos, levem em conta o grau de liberdade das mulheres.

ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO E SOFRIMENTO

A antecipação terapêutica do parto remete a grande impacto individual e social, sendo motivo de grande reflexão por parte, principalmente da mulher, a qual protagoniza este momento de difícil decisão. Entretanto, usualmente, considera-se como uma decisão egoísta da mulher que desafia uma sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma. Assim, a mulher aparece como uma criminosa, a qual, isoladamente, decidiu cometer um delito²⁸. De fato, o esforço, neste âmbito, deveria ser procurar entender a escolha como uma questão de cuidados em saúde e de direitos humanos, e não como um ato de infração – ética e legal – de mulheres supostamente irresponsáveis.

²⁷ The Alan Guttmacher Institute, **Aborto clandestino**: uma realidade latino-americana. Nova-Iorque. The Alan Guttmacher Institute; [s.n.]; 1994.

²⁸ DINIZ, D.; RIBEIRO, D. C. **Aborto por anomalia fetal**. 1ª reimpr. - Brasília: Letras Livres, 2004. Coleção Radar - 152p.

As mulheres que interrompem a gestação por diversas circunstâncias e motivos podem sentir as mais variadas emoções, como culpa, amargura e algumas vezes, alívio. Ademais, podem apresentar dúvidas diante do ato realizado e inconscientemente, demonstrar sinais de autodestruição. Detectou-se também que os sentimentos que influenciaram na decisão das mulheres – mesmo inconscientemente –, foram: tristeza, medo, confusão e até mesmo alegria; porém a decisão de interromper a gestação apresentou maior magnitude, baseada na realidade de suas vidas.²⁹

Observa-se que existe um profundo sofrimento na mulher que está em meio ao processo decisório com relação à antecipação terapêutica do parto. É uma decisão sofrida, feita em um caminho tortuoso de variações emocionais e, muitas vezes, emerge – ou persiste – um grande padecimento psíquico após o ato. São sentimentos impregnados de facetas diante das quais os profissionais de saúde podem nortear suas ações de cuidado, oferecendo a possibilidade à mulher de expressar a dor existencial, seus sentimentos de tristeza, perda, solidão, culpa ou medo de ser culpada, sua preocupação com o corpo e a expressão de seus desejos de rever projetos de vida.³⁰

Ir ao encontro das necessidades dessa mulher – em uma atitude de auxílio e acolhimento às expectativas específicas emanadas – para a resolução do conflito moral sobre este momento, oportunizando e propiciando um cuidado individual que articule uma rede de suporte às suas necessidades biopsicosocioespirituais e culturais, é o que se espera dos profissionais nas fronteiras do cuidado à saúde da mulher. Trazer à luz perspectivas de compreensão desta experiência pode se constituir em

²⁹ *Idem.*

³⁰ SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. **Bioética, riscos e proteção.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FIOCRUZ, 2009, p. 148-163.

subsídios para nortear o amparo a essa mulher – quiçá como uma atitude de compaixão.

A ANTECIPAÇÃO TERAPÊUTICA DO PARTO COMO UM ATO DE COMPAIXÃO EM RELAÇÃO À MULHER

Os princípios de respeito à autonomia e de sacralidade da vida são os grandes pilares daqueles que se põem a favor e contra a antecipação terapêutica do parto, respectivamente. Sem embargo, os díspares posicionamentos são passíveis de contestação, instaurando, assim, a necessidade de compor, em uma relação complexa, princípios opostos e éticas antinômicas, para permitir a tomada de decisão. Por exemplo, uma das interseções que se anunciou como pertinente na elaboração dos aspectos conflituosos da antecipação terapêutica do parto no caso de anencefalia foi, justamente, a de tomar, entre os referenciais, a atitude daqueles que se dispõem a executar o ato — acolhendo a mulher com esta necessidade —, abrindo-se a perspectiva para se colocar a temática da compaixão.

Para Schopenhauer, o conhecimento da unidade do mundo como uma só essência (vontade) caracteriza a compaixão como identificação com o sofrimento do outro (não com o sofrimento no outro, pois se trata de que o seu sofrimento também é meu), já que aquele que sofre e eu somos o mesmo³¹. Tal reconhecimento é um elemento importante para o acolhimento, alicerçado no não-julgamento do outro, mas, sim, e tão somente, em sua aceitação, no amparo de sua condição de vivente, caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade. Destarte, a compaixão pressupõe o deslocamento do “eu” em direção ao “outro”, a partir de uma deferência

³¹ *Idem.*

incondicional à inserção desse último no mundo. Ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista – ou seja, decidir, deliberadamente, acerca do que é melhor para outrem –, fundamentado em um mero sentimento de pena ou comiseração, mas, sim, desenvolver e praticar um amplo respeito à existência, na medida em que se recebe aquele que sofre, ativamente, em seu âmago, nos lembra que é praticando a compaixão sem limites que uma pessoa desenvolve o sentimento de responsabilidade pelos semelhantes, o desejo de ajudá-los a superar de forma eficaz seus sofrimentos.³²

Com efeito, é incorreta a perspectiva de compreender a compaixão enquanto piedade, desde que esta seja entendida apenas como beneficência passiva de alguém em uma situação de “superioridade” para um outro em total impotência e penúria. A genuína compaixão se estabelece entre iguais – sujeitos que se reconhecem mutuamente entre si –, na medida em que se compreende a vida como manifestação de um mundo ambíguo — prazeres e dores; felicidades e sofrimentos; sabores e agruras —, marcado pela impermanência e transitoriedade de todas as coisas, às quais todos os viventes, sencientes ou não, estão invariavelmente submetidos.

Para se praticar o cuidado na dimensão da compaixão – com o intuito de olhar e acolher a mulher – se faz necessário considerarmos a antecipação terapêutica do parto, a partir da realidade que as mulheres vivem, e não a partir dos valores e concepções de alguns setores da sociedade. Para isso, a concepção da compaixão é laica, não significando com isso uma reprovação à religião e a seus preceitos, mas, sim, uma atitude igualitária frente a todas as religiões e respeito pelas mesmas, em sua pluralidade.

³² ZUGAIB, M. Paradoxos do aborto. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 1: Editorial; 1990.

Nesse sentido, pode-se conceituar compaixão laica como a atitude de não se manter indiferente diante do sofrimento do semelhante, isto é, em uma atitude igualitária e de respeito para com todas as religiões, pois aquele que está em sofrimento – independente do contexto – necessita de cuidados integrais. Tal atitude consequentemente traduzir-se-á, principalmente, no acolhimento, no não julgamento e na promoção da qualidade de vida às mulheres na situação em que se encontram. Se, conforme o discutido, o aborto no Brasil traz uma série de consequências negativas para a mulher, cabe ao profissional que acolhe a mesma – inserida neste contexto de autonomia –, o respeito a este momento, recebendo-a, acolhendo-a e dispondo-se a atender seu direito de escolha, sem julgá-la, nem tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. Ademais, a compaixão laica, enquanto acolhimento – recepção daquele que sofre em seu próprio âmago –, permite uma fecunda articulação entre os princípios e argumentos morais acerca da antecipação terapêutica do parto, compondo, de forma complexa, (1) a sacralidade da vida e (2) o respeito à autonomia da pessoa.

É bem verdade que esta é apenas uma breve consideração sobre um elemento de possível grande alcance no debate bioético sobre a temática: a compaixão laica, a qual vem sendo discutida, mais recentemente, nas reflexões contemporâneas. Integrá-la aos demais fios que compõem o grande tecido do debate moral acerca da antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, é uma forma de olhar e acolher a mulher em um genuíno ato de fraternidade, permitindo-lhe, quiçá, a restituição da prerrogativa de sonhar com melhores dias, com uma nova gravidez, com o descerrar desta situação de sepulcro uterino – se este for o seu entendimento.

Agir por compaixão laica é uma forma de proteger a mulher, aspecto que articula o presente debate à bioética de proteção, uma vez que

sua preocupação nuclear se dá para com os riscos que as pessoas vulneradas – as mulheres em situação de antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia – correm, pelas consequências das ações realizadas, por exemplo, pelos profissionais de saúde. De fato, recuperando-se o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) — no mundo homérico — de “dar abrigo” — sem olvidar os outros significados, caráter (ἦθος) e costumes (ἔθος) — torna-se clara a intrínseca perspectiva cuidadora e protetora da ética.³³

Considerando esta conceituação, faz-se necessário fomentar um amplo debate e operacionalizar ações concretas no cuidado à mulher nestas situações, no âmbito da compaixão laica; ou seja, não se manter alheio frente ao sofrimento daquelas que se encontram em diferentes contextos de vulnerabilidade,³⁴ incapacitadas de refletirem sobre tais situações, vindo, portanto, a se constituírem em vulneradas. Nesse sentido, a dimensão da bioética da proteção encontra plausibilidade quando percebe nestas mulheres, marcadas pelo abandono, pela discriminação, pela pobreza. Mulheres, estas, que se tornam cada vez mais dependentes do sistema público de saúde, dispondo de poucos recursos para regular sua fecundidade, porque – mais uma vez – o poder público descumpre seu papel para com a população que dele precisa. Sendo assim, a responsabilidade sobre a prática da antecipação terapêutica do parto, não deveria recair apenas sobre a decisão judicial e individual da mulher. Cabe, acima de tudo, a um sistema público de saúde que ainda não conseguiu garantir, na prática, o que já está preconizado na Política Nacional de Saúde Integral à Mulher. Com efeito, a Bioética da Proteção – valendo-se de sua capilaridade – pode auxiliar a argumentação em torno do amparo das mulheres, protegendo e promovendo a integralidade de sua saúde, e

³³ SCHRAMM, F. R. *Op. cit.*, 2009, p. 148-163.

³⁴ ZUGAIB, M. *Op. cit.*, 1990.

utilizando, para tanto, todos os métodos de amparo disponíveis.

Logo, tais mulheres vulneradas que chegam às instituições geralmente debilitadas, desprovidas de seus direitos, fragilizadas, quando não destruídas emocionalmente pela decisão que pretendem tomar, merecem amparo, devendo encontrar profissionais de saúde que as acolham em um verdadeiro ato de compaixão laica, protegendo a mulher de uma sociedade que aponta a antecipação terapêutica do parto como um crime – ou um ato hediondo –, mesmo quando legitimado judicialmente.

PONDERAÇÕES FINAIS

No momento atual, a legislação penal brasileira ainda pune como crime a prática do aborto, sendo certo, porém, que existem exceções legais — nos casos em que a integridade da mulher está em xeque: quer pela ocorrência de estupro, quer pelo risco iminente de morte* —, e jurisprudenciais para a antecipação terapêutica do parto nos casos de gestação de fetos anencéfalos**.

Sem embargo, no debate desconsidera-se, muitas vezes, que a integridade física e mental da mulher não se resume a estas situações extremas, devendo ser entendido em um sentido mais amplo, na medida em que há potenciais danos – e graves – à mulher, tanto do ponto de vista físico, quanto psicológico e social. Este contrassenso pode ser explicado pela antiguidade do Código Penal, elaborado em 1940, momento no qual não havia tecnologia médica para a detecção de malformações fetais.

Com base em tais ponderações – e tendo em vista as relações entre a ética e o direito –, o presente artigo procurou contribuir ao debate bioético sobre o aborto, destacando como pontos significativos (1) o reconhecimento do direito de escolha da mulher – autonomia do sujeito – em um contexto de (2) tomada de decisão matizada pelo sofrimento, no qual a postura ética a ser adotada deve ser aquela de (3) proteção à mulher

com base no (4) princípio da compaixão laica. Nesta esfera, a antecipação terapêutica do parto não deve ser julgada, mas, antes, compreendida, acolhendo-se a mulher em situação de desamparo.

Atitudes polêmicas, de reprovação e discriminação, têm se mostrado – além de moralmente questionáveis – inúteis, pouco colaborando para a abordagem deste sério problema no âmbito individual e de saúde pública. Assim, pautar as conversações em termos da bioética da proteção e da compaixão laica talvez possa se constituir em um novo horizonte para pensar-agir em termos da moralidade desta questão tão importante de saúde pública no Brasil.

BIOÉTICA: UMA CONTRAPOSIÇÃO À BIOPOLÍTICA E AO BIOPODER

Arthur Santana de Paulo

INTRODUÇÃO

A emergência da Bioética foi impulsionada por inúmeras transformações biotecnológicas ocorridas em meados do século passado. Procedimentos como a hemodiálise, o transplante de órgãos, a clonagem, as técnicas de manutenção artificial da vida – dando ensejo a redefinição do conceito de morte – entre outros, fizeram com que os referenciais teóricos tradicionais fossem insuficientes à resolução dos dilemas trazidos por essas novas questões.¹

No mesmo contexto, crimes contra a humanidade nas pesquisas envolvendo seres humanos – em especial, os experimentos realizados nos campos de concentração pelos pesquisadores nazistas –, bem como *os “novos campos de problematização científica e social, como a ecologia e a saúde ambiental, a engenharia genética e as biotecnologias, o crescimento demográfico, a manipulação tecnológica do comportamento, a medicina da reprodução”*² foram, igualmente, responsáveis para surgimento da bioética.

De outro lado, o termo Biopolítica teve sua origem com o cientista político sueco Rudolf Kjellén,³ na década de 20, com abordagem voltada para geopolítica. Todavia, adquiriu o significado mais usual com o filósofo

¹ CASCAIS, A. J. “Genealogia, âmbito e objecto da Bioética”. In: SILVA, João Ribeiro da; BARBOSA, António; VALE, Fernando Martins (pp.). **Contributos para a Bioética em Portugal**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa/Edições Cosmos, 2002; p. 4. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cascais-antonio-genealogia-bio.pdf>. Acesso em 09 de julho de 2019.

² *Idem*. p. 9.

³ RUIZ, Castor Bartolomé. Genealogia da biopolítica. Legitimações naturalistas e filosofia crítica. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. 371. Ano XI, 2011, Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4308&secao=386> Acesso em 14 de julho de 2019.

Michel Foucault através de seus livros e de suas palestras no Collège de France, em 1976.⁴

Das concepções de Foucault, extrai-se que a Biopolítica pode ser vista como uma estratégia de controle dos aspectos biológicos da população, tornando intervenções corretivas possíveis, visando à transformação da vida humana. Descreve, na obra *História da Sexualidade*,⁵ que o homem, a partir do século XVIII, em virtude dos avanços tecnológicos da época, passou a ter conhecimento e, conseqüentemente, controle de inúmeros aspectos correlatos à vida humana, tais como, longevidade, saúde, natalidade, mortalidade, dentre outros. Tal situação, segundo o autor, implicou em uma relação, na qual o soberano tinha o poder de decidir quais indivíduos/grupos poderiam gozar desses elementos concernentes à qualidade/quantidade de suas vidas.

Para o autor, a construção da sociedade moderna passou pelo processo em que a “vida nua”, ou seja, a vida concebida em seu aspecto meramente biológico torna-se simultaneamente objeto e sujeito das relações de poder⁶. Como consequência, uma vez adotada a biopolítica dentro de um contexto e suas premissas aceitas, sua execução pode ser grandiosamente benéfica ou excessivamente destrutiva, pois ao mesmo tempo em que justifica intervenções como vacinação e garantia de direitos, pode também justificar atrocidades, como a eugenia, sob o argumento de “purificação” ou “aprimoramento” da sociedade.

⁴ FOUCAULT, Michel. **Society must be defended** – Lectures at the Collège de France, 1975-76. 2003. Disponível em <http://rebels-library.org/files/foucault_society_must_be_defended.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2019.

⁵ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 22. reimpr. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

⁶ CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.529-549, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de julho 2019.

É nesse contexto que o presente trabalho se insere, visto que, como será abordado ao longo desta exposição, a Bioética, além de imbricadamente ligada à biopolítica, possui ferramentas capazes de contrapor-la, bem como de fornecer subsídios adequados a compatibilizar os avanços tecnológicos concernentes à vida humana – e suas facetas –, com os direitos fundamentais de cada indivíduo.

BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A BIOÉTICA

O termo bioética teve sua origem com o filósofo alemão Fritz Jahr, em 1927, o qual buscou estabelecer a responsabilidade ética do ser humano com as demais formas de vida, dentre elas, os animais e as plantas⁷. Para o autor, tal encargo se faz necessário em virtude da “tendência de desenvolvimento técnico-científico e ecológico, cujos resultados eram, na época, visíveis ou então previsíveis para um futuro próximo”⁸.

Inspirado na teoria kantiana – que, através do imperativo categórico estabelece a necessidade de o homem ser tratado como um fim em si mesmo⁹ –, Fritz Jahr rompe com essa perspectiva antropocentrista e estabelece o imperativo bioético que preconiza o respeito e o tratamento a todo ser vivo como se fosse um fim em si mesmo.¹⁰ Todavia, até 1997, esse filósofo e sua teoria não eram conhecidos pela comunidade científica, de modo que, até então, o mérito da criação do neologismo “bioética” era, segundo Mori,¹¹ do oncologista Van Renssler Potter, que, no livro

⁷ HOSS, Geni Maria. Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics: The Future of Integrative Bioethics. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo - 2012;6(2):237-239. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a15.pdf>. Acesso em 05 de julho de 2019.

⁸ *Idem*.

⁹ KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa. Edições 70. 2007, p. 69.

¹⁰ HOSS, Geni Maria. *Op. cit.*, p.237.

¹¹ MORI, Maurizio. A bioética: sua natureza e história. **Humanidades**, vol. 9, n. 4, 1994 p.

Bioethics, Bridge to the Future, publicado em 1971, instituiu essa terminologia visando alertar o leitor da necessidade de alterar o modo em que o ser humano vem se relacionando com a natureza. Para Potter a bioética se incumbiria de balizar essa relação, uma vez que a utilização, tão somente, do instinto – como vinha ocorrendo – implicaria grandes prejuízos à sociedade.

A acepção de bioética nos moldes concebidos por Potter foi alterada com a criação do Instituto Kennedy de Estudos da Reprodução Humana e Bioética, o qual, através da publicação da Enciclopédia da Bioética (1978), fez com que o termo bioética passasse a ser amplamente divulgado para designar a ética aplicada ao campo médico e biológico.¹² Essa abordagem foi duramente criticada pelos teóricos da época, seja por sua cacofonia, seja pelo fato de em nada inovar, visto que

a reflexão acerca dos problemas morais da medicina tem uma longa e consolidada tradição, razão pela qual estão certos os críticos que sublimam não ter nada de verdadeiramente “novo” a não ser o próprio nome¹³.

Apesar desta acepção não corresponder ao que se entende atualmente por bioética, seu grande mérito foi o de difundir esse neologismo, que, até o momento, era pouco utilizado pela comunidade científica. Assim, nas últimas décadas, surgiram vários conceitos acerca desta temática, tais como: a bioética como uma nova versão da ética médica¹⁴ e a abrangente concepção de bioética como ética das ciências da vida e da prestação de cuidados de saúde,¹⁵ entre outras.

Todavia, entendemos ser a definição de Schramm¹⁶ a que mais se

332-341. Tradução de Fermin Roland Schramm.

¹² MORI, Maurizio. **A bioética**: sua natureza e história. *Op. cit.*, p.22.

¹³ *Idem*.

¹⁴ CASCAIS, A. J. *Op. cit.*, p. 50.

¹⁵ *Ibid.*, p. 52.

¹⁶ SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética, biossegurança e a questão da interface no controle das práticas da biotecnociência: uma introdução. **Revista Redbioética/UNESCO**, Ano 1,

identifica com as diretrizes propostas no presente trabalho, de modo que a bioética é entendida como

uma disciplina do campo da filosofia moral (ou um âmbito “transdisciplinar” que pertence ao campo das humanidades) e que é ao mesmo tempo descritiva e normativa, pois se ocupa da análise das consequências morais dos atos humanos sobre a vida humana (sentido restrito) ou sobre a biosfera (sentido amplo) e propõe normas para, por exemplo, evitar o sofrimento evitável envolvido.

Salienta o autor que, por ser uma ética aplicada com o enfoque na resolução de conflitos, sua perspectiva é a de orientar a forma moralmente adequada de se proceder, utilizando-se como parâmetros as diretrizes propostas pela teoria moral que lhe servirá de referência, de modo a ser uma ferramenta descritiva, prescritiva e proscritiva.¹⁷

Logo, tal disciplina tem por finalidade elencar e analisar os interesses contrapostos em um conflito moral (função descritiva), bem como estabelecer as condutas eticamente defensáveis (função prescritiva) e as desaconselháveis (função proscritiva).

Sabendo disto, questiona-se qual a importância prática de uma proscrição estabelecida pela bioética. Para responder tal indagação, faz-se necessária a análise das questões trazidas pela biopolítica e biopoder, cujo detalhamento será realizado no tópico a seguir.

BIOPOLÍTICA: DE FOUCAULT A AGAMBEN

Conforme já visto, a noção e o entendimento acerca da Biopolítica foram amplamente difundidos pelos trabalhos de Michel Foucault.

Para o autor, o homem, que desde a antiguidade era protagonista

1(2), 2010. p. 105. In: http://www.unesco.org.uy/mab/fileadmin/shs/redbioetica/revista_2/RolandSchramm.pdf. Acesso em 7 de julho de 2019.

¹⁷ *Idem*, p.106.

de uma relação política, a partir do surgimento da Biopolítica, passa a ser objeto dela. Salienta que

o homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão.¹⁸

Desta feita, sob argumento de eventual perpetuação de um grupo social, o soberano, detentor das tecnologias aptas ao prolongamento da vida, avocar-se-ia da prerrogativa de decidir quais indivíduos/grupos seriam agraciados com uma maior longevidade ou qualidade de vida em relação aos demais. Em outras palavras, com o advento da biopolítica “o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver à morte”.¹⁹

Assim, a biopolítica pode ser vista uma estratégia de controle dos aspectos biológicos da população, tornando intervenções corretivas possíveis, visando à transformação da vida humana. Nesse sentido:

a vida, o corpo, a saúde, as necessidades, a reprodução, que antes faziam parte da esfera pré-política, transformam-se nas questões políticas por excelência. As estatísticas contribuem para dotar esse processo de maior objetividade, multiplicando taxas de mortalidade e morbidade, taxas de natalidade e dados sobre a distribuição de epidemias e doenças.²⁰

Para Foucault, a interferência não é necessariamente negativa, sendo, inclusive, responsável por grande parte da produtividade humana, pois “de fato, o poder produz; ele produz real; produz domínios de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se

¹⁸ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 22. reimpr. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012. p. 133.

¹⁹ *Ibid.*, p.129.

²⁰ CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.529-549, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 de julho 2019.

pode ter se originam nessa produção”.²¹

O Biopoder, por sua vez, incluiria as práticas de governo que, por meio de ferramentas intervencionistas e de controle, visam

garantir e reforçar a saúde da população pelo controle e intervenção sobre nascimentos, morbidades, habilidades e ambiente, assim como pelo controle, gestão e intervenção sobre o corpo humano (do indivíduo) e sobre a espécie humana (esta entendida mais como polis ou sociedade do que como espécie biológica).²²

Diferentemente de Michel Foucault, o teórico Giorgio Agamben, ao dissertar sobre a temática, possui o entendimento que a Biopolítica possui um viés destrutivo. Preleciona que, com o passar do tempo, os conceitos de *bios* e *zoé* – prefixos de alusão à concepção Aristotélica, a qual significavam, respectivamente, vida prática e vida orgânica –, estão se emaranhando, de modo que a *bios* está sendo subsumida à *zoé*. Logo, aos poucos, o ser humano, antes visto como um animal político, aos poucos vem sendo tratado pelo soberano, tão somente, como um ser, desprovido de interesses, o qual pode ser disciplinado para atingir os fins preestabelecidos por aquele que detém o poder.

Em outras palavras, tal fator, presente nos regimes totalitários, possibilita tratar o homem, tão somente, como um ser biológico, de modo que, ao desconsiderar sua natureza social, é possível, inclusive, relativizar seus Direitos Fundamentais. Nesse sentido:

Na genealogia feita por Agamben o que prevaleceria nos debates biopolíticos atuais apontaria para uma indistinção entre os conceitos de *zoé* e *bíos*, onde ao desaparecimento desta distinção corresponderia o surgimento da biopolítica totalitária do século XX. Para ele, neste caso, os termos *bíos* e *zoé*, direito e fato, entram em uma zona de irreduzível indistinção, pois seu uso atual revela o ingresso da *zoé* na esfera da polis, a politização da vida nua como tal, [o que constituiria] o evento decisivo

²¹ FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1975, p. 161.

²² SCHRAMM, F. R. **A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder**. Vol. 18, No. 3. 2010. p 522.

da modernidade, que assinala uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico.²³

Giorgio Agamben se utiliza da figura do *Homo Sacer*, originário da lei romana, para realizar uma análise crítica acerca da possibilidade de adoção do “estado de exceção” no exercício do poder soberano sob fundamentos biopolíticos. Em síntese, o estado de exceção consubstancia-se numa previsão jurídica que permite que o próprio direito, ao menos parcialmente, seja suspenso em uma situação específica e/ou especial. Contudo, a utilização de justificativas para a não aplicação da lei constitui um subterfúgio habitual para violações legais. Nesse sentido, Agamben dispõe: “O significado imediatamente biopolítico do estado de exceção como estrutura original em que o Direito inclui em si o vivente por meio de sua própria suspensão”.²⁴

Desta forma, o indivíduo denominado *homo sacer* era detentor de uma particular condição: não era digno de ser sacrificado para os deuses, posto que era impuro, contudo, àquele que o matasse não seria aplicada nenhuma punição. Nesse sentido:

Longe de contradizer a insuscetibilidade do *homo sacer*, o termo aqui indica uma zona originária de indistinção, na qual *sacer* significava simplesmente uma vida matável.²⁵

Contudo, a figura do *homo sacer* está distante de ser uma ideia isolada, tendo sido retratada em diversos outros momentos, como o *Friedlos* – ou sem paz, do antigo Direito germânico – indivíduo que deveria ser exilado da comunidade, e o *wargus*, ou homem-lobo (que deu origem ao termo lobisomem) – da antiguidade escandinava – que representava o

²³ SCHRAMM, F. R. **A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder.** Vol. 18, No 3. 2010. p 526.

²⁴ AGAMBEN, G. **Homo sacer: O poder soberano e a vida nua.** Belo Horizonte. Editora UFMG, 2004. p. 14.

²⁵ AGAMBEN, G. *Op. cit.*, p. 93.

niifjesbeud (palavra utilizada para designar criminoso). Em ambos os casos, para a perseguição da “paz”, era aplicada ao malfeitor a pena de exclusão da sociedade, passando a ser considerado como morto – razão pela qual podia ter sua vida retirada por qualquer pessoa, sem que isso fosse considerado homicídio.²⁶

Buscava-se desumanizar os indivíduos que adquirissem tais rótulos, posicionando-os em uma “zona de indistinção entre humano e ferino, lobisomem (...) vale dizer, banido, homo sacer”.²⁷ E, a partir dessa “*lupificação*”²⁸ do homem, o cidadão dito – de bem – o enxerga cada vez mais distante de si, cada vez menos humano e cada vez mais lobo, predador. Tal posição alinha-se ao pensamento de Foucault, que, acerca da animalização do sujeito, preleciona:

Resulta daí uma espécie de animalização do homem posta em prática através das mais sofisticadas técnicas políticas. Surgem então na história seja o difundir-se das possibilidades das ciências humanas e sociais, seja a simultânea possibilidade de proteger a vida e de autorizar seu holocausto.

Torna-se fácil, dessa forma, a instituição do estado de exceção, a aplicação de regras que não se aplicariam a um cidadão regular, posto que o *homo sacer* perdera sua condição não somente de cidadão, mas de ser humano. Ressalta-se que ao “perder sua humanidade” a sua vida perde a natureza política, deixando de ser uma “vida ativa”, para ser uma “vida nua”.

Da mesma forma ocorreu no mais emblemático exemplo da modernidade, o holocausto nazista. Dispõe Agamben que:

O hebreu sob o nazismo é o referente negativo privilegiado da nova soberania biopolítica e, como tal, um caso flagrante de *homo sacer*, no sentido de vida matável e insacrificável. O seu assassinato não constitui,

²⁶ AGAMBEN, G. *Op. cit.*, p. 111.

²⁷ *Idem.*

²⁸ *Idem.*

portanto, como veremos, nem uma execução capital, nem um sacrifício, mas apenas a realização de uma mera "matabilidade" que é inerente a condição de hebreu como tal. A verdade difícil de ser aceita pelas próprias vítimas (...) os hebreus não foram exterminados no curso de um louco e gigantesco holocausto, mas literalmente, como Hitler havia anunciado, "como piolhos", ou seja, como vida nua. A dimensão na qual o extermínio teve lugar não é nem a religião nem o Direito, mas a biopolítica.²⁹

Paradoxalmente, observa-se que a figura do *homo sacer* é recorrente dentro de Estados de Direito, como uma expressão da biopolítica, de forma que tanto as instituições estatais como os ordenamentos jurídicos, vêm permitindo que pessoas sejam tratadas como meras detentoras de “vida nua”.

É o que comumente ocorre com indivíduos submetidos ao sistema carcerário, os quais, a partir do cometimento de crimes, alguns sistemas jurídicos positivam regramentos aptos a relativizar os direitos fundamentais desses sujeitos. A título de exemplo, é possível citar que, até 2017 – momento em que fora publicada a Lei 13.434, as presidiárias poderiam ser algemadas durante o trabalho de parto, bem como inúmeros projetos de lei que visam impor o trabalho forçado aos presos, a despeito do disposto no artigo 5º da Constituição Federal que veda tal possibilidade.

Ademais, com um olhar atento é possível observar a existência de inúmeros fenômenos biopolíticos em todas as facetas da sociedade. Um exemplo atual é o Projeto de Lei nº 727 de 2019 do Deputado Federal Daniel Silva, o qual visa autorizar a doação compulsória de órgãos de cadáver que apresentar indícios de morte por ação criminosa³⁰. Em outra seara social é possível citar o desenvolvimento, por uma empresa apoiada por Bill Gates, de um chip contraceptivo que possibilita controlar

²⁹ AGAMBEN, G. *Op. cit.*, p. 121.

³⁰ CAMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 727 de 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1710238&file_name=PL+727/2019. Acesso em 17 de setembro de 2019.

remotamente a fertilidade da mulher.³¹ Tal ferramenta, inobstante a sua importância, pode ser utilizada por Estados totalitários como mecanismo de controle de natalidade em massa, sendo essa possibilidade uma clara exteriorização do fenômeno da biopolítica, onde o indivíduo deixa de ser considerado um fim em si mesmo para tornar-se objeto de uma estratégia de controle social.

Tal situação é bastante problemática, uma vez que possibilita ao Estado a imposição de medidas arbitrárias, tais como o estado de exceção, cujos conceitos foram já apresentados ao longo deste trabalho e os efeitos podem culminar na relativização de direitos fundamentais das pessoas ou até no extermínio de grupos ou de indivíduos.

Assim, com base nas perspectivas de Foucault e Agamben, bem como nos exemplos supracitados, pode-se perceber que a biopolítica está presente na sociedade contemporânea e sua percepção é fundamental para que se extirpe o processo de transformação da *bios* em *zôé*.

A identificação de fenômenos biopolíticos é de suma importância sob a ótica da bioética, visto que, autores como Kotow³² e Schramm³³, precursores de uma teoria denominada bioética da proteção, salientam seu poder de resistir e desconstruir as arbitrariedades perpetradas pela biopolítica e pelo biopoder. Tal teoria será vista no tópico a seguir.

BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

Antes de entrarmos no mérito desta questão, mister se faz a realização de uma análise etimológica do termo bioética. Tal vocábulo

³¹ O GLOBO. Implante libera pequena dose do hormônio levonorgestrel a cada dia; ele deve ser trocado a cada 16 anos. <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/07/eua-desenvolvem-chip-contraceptivo-com-controle-remoto.html>

³² KOTTOW, M. H. 'Bioética y biopolítica'. **Rev. Bras. Bioética**, Brasília, v.1, n.2, 2005. p. 119 (tradução nossa).

³³ SCHRAMM, F. R. **A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder**. Vol. 18, No. 3. 2010. p.519.

advém da junção entre os radicais gregos *bios* e *ethiké*. Com efeito, segundo Schramm,³⁴ o termo *bios* – conforme já visto, constitui a vida prática humana, o qual se opõe ao que é designado como *zoé*, que significa a vida com um viés meramente orgânico. Já o vocábulo *ethiké* advém do termo *ethos*, sinônimo de moral, que, por sua vez, são os costumes ou hábitos estabelecidos por uma comunidade, podendo, igualmente, ser entendido como caráter e até como guarita/proteção. Extraí-se desses vocábulos que a bioética constitui o estudo da ética aplicada à vida prática, ou seja, “um meio ‘de segunda ordem’ para entender a moralidade e seus conflitos, imanentes ao próprio viver ‘juntos’”.³⁵

Dentre as ferramentas que dispõe a Bioética para a resolução de conflitos morais, está a Bioética da Proteção, a qual é definida como:

(..) subconjunto da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem.³⁶

Para Schramm,³⁷ a bioética de proteção possui três atribuições, uma vez que descreve os conflitos morais, outra que proscree os comportamentos considerados incorretos e prescreve os corretos e, por fim, a que fornece meios práticos para resolução desses conflitos.

O surgimento da bioética da proteção se deu com o enfoque nos países latino-americanos, visto que alguns indivíduos estão acometidos por tamanha situação de miserabilidade que não há como se cogitar a existência de autonomia em relação a essas pessoas. Logo, os mecanismos

³⁴ SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista de Bioética**. 2008. p. 14.

³⁵ SCHRAMM, Fermin Roland. *Op cit.*, p. 13.

³⁶ SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção; ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era de globalização. **Bioética**. 2008;16(1). p. 11.

³⁷ SCHRAMM, Fermin Roland. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB; 2012.

usuais de resolução de dilemas éticos – tais como a Bioética Principlista – não são aptos à resolução tais situações, uma vez que sua utilização se dá por meio do sopesamento de vários princípios, dentre eles a autonomia. Porém, em virtude de sua escassez nos vulnerados, tal análise principiológica não se faz possível.³⁸

Tais sujeitos são caracterizados pelo autor como “vulnerados”, cuja acepção difere do que se entende por “vulnerável”, pois a vulnerabilidade é uma característica presente em todo ser humano. Já “vulneração” designa, tão somente, aquele que está sendo acometido por um dano concreto.

Além de vulnerados, deve se constatar a incapacidade da pessoa sair, a suas próprias custas, da situação em que se encontra “ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes”,³⁹ caso contrário, não se faz necessário o auxílio fornecido por essa ferramenta. Nesse sentido:

(..) a Bioética da Proteção (ou Ética da Proteção) corresponde a um instrumento reflexivo que parte da constatação e da análise da assimetria entre cidadãos. Não se aplica àqueles que têm condições para viver sua vida, tomar as suas próprias decisões; àqueles que são competentes materialmente, cognitivamente, moralmente; que, enfim, não precisam ter um Estado paternalista por trás para dizer o que é bem e o que é mal. (grifo nosso).⁴⁰

Assim, com base no que fora exposto, é possível extrair que para a aplicação da Bioética da Proteção se faz necessário o adimplemento dos seguintes requisitos: (1) o destinatário da tutela bioética deve ser

³⁸ SCHRAMM, F. R. Entrevista ao Centro de Bioética Cremesp. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=50>. Acesso em 15 de maio de 2019.

³⁹ SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção; ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era de globalização. **Bioética**. 2008;16(1). p. 17.

⁴⁰ SCHRAMM, F. R. Entrevista ao Centro de Bioética Cremesp. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=50>. Acesso em 15 de maio de 2019.

considerado vulnerado; (2) a ausência ou o fracasso das instituições vigentes em auxiliar o sujeito a sair da condição de afetado; (3) prejuízo na autonomia, seja por fatores materiais, cognitivos ou morais.

Ao se relacionar esses requisitos com práticas relacionadas à Biopolítica, é possível constatar que, por meio de uma análise casuística, inúmeras violações a direitos fundamentais se enquadram nos requisitos necessários à utilização desta ferramenta protetiva. Podemos exemplificar com as violações de Direitos Humanos que ocorrem em relação a presidiários brasileiros, os quais, em virtude do excesso de indivíduos no cárcere, ausência de higiene, bem como de medidas ressocializadoras, poderiam ser objeto da Bioética da Proteção. Isso porque haveria a coexistência de indivíduos considerados como vulnerados – como caso em tela, o presidiário –, assim como ter-se-ia a situação de fracasso das instituições vigentes no saneamento dos problemas que lhes são infligidos, bem como da limitação de autonomia que a condição de preso lhes impõe.

Nesse sentido, Kotow, sob argumento de que biopolítica consideraria apenas o aspecto biológico do ser humano, podendo implicar em regimes intolerantes e totalitários⁴¹, defende que a Bioética da Proteção teria o condão de demonstrar que a perspectiva Biopolítica de subsumir a *bios* a *zôé*, “é destituída de humanidade”. Logo, seu papel é o “de proteger a bios para que não seja tratada como mera “zôé”, de modo argumentar em oposição à perspectiva biopolítica em operar visando que excluir os valores de liberdade”.⁴²

Já Schramm, acertadamente, estabelece que a Bioética da Proteção, sendo, por excelência, instrumento de proteção das pessoas vulneradas, deve “ser entendida não só como ferramenta descritiva e normativa, mas, sobretudo, como amparo contra as ameaças à ‘vida nua’ e como ‘mínimo’

⁴¹ KOTTOW, M. H. *Op. cit.*, p. 114.

⁴² *Ibid.*, p. 119 (tradução nossa).

moral indispensável para que exista vida social organizada”.⁴³

Verificada a condição de vulneração em que os de indivíduos ou grupos, bem como a existência de uma atuação biopolítica apta a desumanizá-los e segregá-los, torna-se imperiosa utilização da bioética da proteção para garantir que essas pessoas sejam tratadas com humanidade.

CONCLUSÃO

Conforme já visto, a bioética, em especial a da proteção, estrutura-se em um tripé metodológico, composto de três elementos: (1) a descrição do conflito de interesses; (2) a proscricção das condutas desaconselháveis; e (3) a prescrição dos procedimentos desejáveis.

Assim, uma vez realizada a identificação de um fenômeno Biopolítico, mister se faz necessária a descrição da condição de vulnerados dos indivíduos que lhes são submetidos. Em seguida, realiza-se a proscricção imediata dos eventuais tratamentos desumanos conferidos pelo soberano (se houver), bem como a prescrição de políticas moralmente adequadas à garantia dos direitos fundamentais dos indivíduos ora afetados pelo fato.

Tal ferramenta desconstrutiva é fundamental para que o fenômeno Biopolítica – quando efetivado com um viés discriminatório ou de estigmatização de grupos e de minorias – seja identificado, de modo possibilitar a propositura medidas aptas à proibição de tais violações de direitos fundamentais e de saneamento e compensação daqueles que bem jurídicos que, eventualmente, já foram lesados.

⁴³ SCHRAMM, F. R. **A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder**. Vol. 18, No. 3. 2010. p.529.

A DIMENSÃO ESPIRITUAL COMO PEDRA ANGULAR DO HUMANISMO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Manuela Vidigal Bertão

A mais premente necessidade de um ser humano era tornar-se um ser humano.

Clarice Lispector¹

ESPIRITUALIDADE NÃO É RELIGIOSIDADE

A atual sociedade do cansaço², anunciada pelo filósofo coreano Byung-Chul Han, resulta da expulsão da capacidade contemplativa do Homem. Esta capacidade contemplativa pressupõe um saber ver, educando o olho para a atenção profunda, o que constitui o primeiro estádio para a espiritualidade. A envolvimento do mundo pós-moderno assenta numa crise psico-espiritual³ que desorienta o indivíduo e o priva de sentido, adensando o tabu da morte e, muito antes ainda, o tabu da espiritualidade. A laicidade que caracteriza o nosso tempo faz-nos olhar de soslaio para “o espiritual”, especialmente quando muitos o confundem com “o religioso”. Curiosamente, é no seio desta crise de referências humanistas, que o teólogo Leonard Boff apela ao sentido transcendente do ser humano, essa capacidade de romper limites e de inconformidade para com a realidade, podendo o século XXI constituir o tempo para uma das maiores transformações da dimensão espiritual.⁴ A dimensão espiritual do ser humano é universal, pois resulta da sua condição de devir

¹ LISPECTOR, Clarice. **Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres**. Editora Relógio d'Água, 2013, p.25.

² HAN, Byung-Chul. **A sociedade do cansaço**. Relógio D'Água Editora, 2014.

³ SCHUMAKER, John. **The demoralized mind**. 2016. Disponível e acedido em setembro, 2019: <https://newint.org/columns/essays/2016/04/01/psycho-spiritual-crisis>.

⁴ BOFF, Leonardo. **Tempo de transcendência: o ser humano como um Projeto Infinito**. Editora Vozes, 2009.

contínuo, da incompletude e busca por transcendência. A espiritualidade é um exercício de subjetividade e uma busca de interioridade que transcende a razão, que não se vê e não se quantifica, mas é real e movimenta a vida.⁵ Ao contrário da religião, que procura respostas através de um conjunto de rituais e crenças, a espiritualidade é intrínseca a todo o ser humano que se questiona diante da sua existência. Assim, a religião poderá ser uma forma de viver a espiritualidade, embora a espiritualidade pode ser vivida sem religião. É, neste contexto, que o modelo biopsicossocial formulado por Engel em 1977, foi mais recentemente atualizado para modelo biopsicossocial-espiritual.

O DIÁLOGO ELOQUENTE ENTRE A ESPIRITUALIDADE E A BIOÉTICA

A espiritualidade e a bioética dialogam eloquentemente no momento em que a dimensão espiritual consegue dar voz a princípios e valores que se dirigem à normalidade do Bem⁶ afeta ao Outro. A conduta ética e sábia é inspirada pelos valores da compaixão, solidariedade, altruísmo, amor, compreensão e justiça, amparados e nutridos pela espiritualidade. Sem a dimensão espiritual, há uma debilidade que gradualmente se instala no modo de ser e estar do indivíduo, podendo comprometer, no âmbito da Medicina, a qualidade do cuidar do Outro. É, neste contexto, que a espiritualidade se revela igualmente um exercício de educação, pois a forma como o indivíduo suporta ou interage com as circunstâncias, é fruto de uma liberdade e decisão interiores, que lhe dão finalidade, sentido e dignidade.⁷ A dimensão espiritual trazida para o

⁵ SOUZA, V., PESSINI, L., HOSSNE, W. Bioethics, religion, spirituality and the art of caring in patient-doctor relationships. *Revista - Centro Universitário São Camilo*. 2012;6 (2):181-190.

⁶ MENDONÇA, Dom José Tolentino. **Pai-Nosso que estais na Terra** – O Pai-Nosso aberto a crentes e a não-crentes. Paulinas Editora, 2018.

⁷ FRANKL, Viktor E. **O Homem em busca de um sentido**. 5ª Edição. 2017. Lua de Papel,

contexto da relação médico-doente, engradece-a, porque a humaniza. A espiritualidade cura a relação médico-doente da doença mortal, diagnosticada por Martin Heidegger, a indiferença a devolve a esta aliança a dignidade supletiva.⁸ O sentido espiritual da vida ilumina o Outro de uma forma tão sublime que nos permite ver notoriamente que o acesso ao [seu] rosto é, num primeiro momento, ético.⁹

SERÁ O HUMANISMO O CANTO DO CISNE DO TEMPO PÓS-MODERNO?

Segundo a ética levinassiana, na presença do Outro é exigido ao Eu um comportamento ético que o permita ser, ou por outras palavras, existir outramente.⁹ Interiorizando esta premissa, a relação médico-doente é moldada pela afetividade, admiração e gratidão. Eis que a pós-modernidade trouxe um novo tempo, o da negação da morte e do sofrimento, da afirmação da onnipotência da técnica, tendo arrancado o médico da intimidade da relação terapêutica. O médico que outrora convivia com a sua impotência e era o especialista em gente¹⁰ por excelência, hoje é cada vez mais o funcionário da doença, uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços.¹¹ Saudoso em relação ao seu passado histórico e pessoal – porque afinal, a motivação do jovem para escolher ser médico ainda é o Sonho de estar próximo do Outro – quando se forma médico, ele procura desnortear o ser humano que a pós-modernidade esqueceu. Terá o profissional de saúde que mergulhar num dilema de conduta profissional,

2017.

⁸ LOBO ANTUNES, João. Vídeo de homenagem a João Lobo Antunes pela Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível e acedido em setembro 2019, a partir do minuto 1:24, <https://youtu.be/5EcTfqcNe0>.

⁹ LÉVINAS, Emmanuel. **Totalidade e infinito**. 3ª Edição. Edições 70 Editora, 2011.

¹⁰ JATENE, Adib. Entrevista intitulada **Brasil precisa de médico especialista em gente**, facultada por Jatene Adib a Cláudia Colluci da folhapress a 9/7/2013.

¹¹ ALVES, Rubem. **O médico**. 9ª Edição. Papyrus Editora, 2010.

escolher entre a competência técnica e a humanidade? A Medicina verdadeira nunca incluirá o cuidado unidimensional da pessoa, porque *it is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has*¹², por isso será sempre necessariamente humanista, alimentada pela preocupação genuína sobre a pessoa humana.

A IMPORTÂNCIA DO HUMANISMO ESPIRITUAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com a mais recente definição de consenso da *International Association for Hospice and Palliative Care*,

Palliative care is the active holistic care of individuals across all ages with serious health-related suffering due to severe illness, and especially of those near the end of life. It aims to improve quality of life of patients, their families and their caregivers.¹³

No âmbito dos Cuidados Paliativos, o contacto com a vulnerabilidade e a finitude da pessoa doente é tão agudo que a aliança entre a competência técnica e a qualidade humana são fundamentais para um acompanhamento de qualidade durante o processo de morrer, nalguns doentes breve, noutros, mais longo.

As pessoas dão demasiada importância à primeira vez.
E a última vez?
Ninguém pergunta pela última vez.
A última.
A última de todas.
A última das últimas.
A última depois da qual não há mais nenhuma.

Pedro Mexia

¹² Sir William Osler, 1898.

¹³ *International Association for Hospice and Palliative Care*. Disponível e acedido em setembro 2019: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.

O profissional de saúde que abraça esta vertente do cuidar precisa necessariamente de invocar e despertar uma atitude espiritual, ou seja, uma atitude de confiança na profundidade do homem, o que no homem permanece aberto além do homem¹⁴, porque as inquietações mais difíceis e as circunstâncias complexas irão surgir sem espaço para esquisso: por que tenho medo de morrer? O que me vai acontecer depois de morrer? Por que tenho de morrer agora? Qual é o sentido para este sofrimento? A tarefa humana de acompanhamento neste tempo que é templo¹⁵ exige que o médico se distancie do vazio existencial da sociedade que o envolve. A pessoa que está a morrer precisará, acima de tudo, de um profissional de saúde que se viva como ser humano, presente e desperto para a arte de viver, o que é o mesmo que a arte de morrer. É fundamental que o profissional de saúde seja desperto para a sua interioridade ao longo do seu percurso enquanto pessoa, porque há uma prática anterior à prática, permitindo ser iniciado noutra forma de ver, ser e estar. Esta sabedoria pode ser ampliada a partir da dimensão noética.⁷ A noética (do grego nous que significa “mente” e noes que significa “pensar”) é explorada na teoria da logoterapia de Viktor Frankl e engloba a componente espiritual do homem, espaço de transcendência que lhe oferece um núcleo imaculado e lhe confere liberdade para ver que existe algo maior que ele mesmo. Segundo Frankl é esta dimensão que guia o homem para além do seu sofrimento. Deste modo, a noética é um baluarte que compreende a totalidade do ser humano e o confirma na sua essência e existência, enfraquecendo a cultura da efetividade em prol da cultura da afetividade – afinal, tal como firma Adélia Prado, a coisa mais fina do mundo é o sentimento.

¹⁴ HENNEZEL, Marie; LELOUP, Jean-Yves. **A arte de morrer**: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 10ª Edição. Editora Vozes, 1999.

¹⁵ Adélia Lopes, do poema *O tempo é sagrado/O tempo é templo*.

COMUNICAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE: QUESTÕES DA BIOÉTICA

Mabel Krieger

Comunicar é um ato indissociável do comportamento humano. Em outras palavras, todo e qualquer comportamento humano tem valor comunicativo. Este entendimento propõe a comunicação como um valor privilegiado diante do caráter relacional inerente e intrínseco à vida humana. Nós organizamos nossa vida em termos das relações que estabelecemos, todo o tempo, tanto com outros seres humanos, quanto com os demais elementos do mundo que nos cercam. Adotando a hipótese acima descrita, do valor comunicativo de todo comportamento humano, temos, portanto, que nossa capacidade comunicacional se constitui como o fio que costura o tecido das relações que organizam nossa vida humana no mundo.¹

Desde há algum tempo a comunicação humana tornou-se objeto de estudo e interesse nos mais variados campos do conhecimento. Para além do interesse filosófico, do pensar acerca da nossa existência em comunidade e suas implicações, disciplinas do conhecimento científico passaram a incluir as questões relativas à comunicação humana em seu rol de interesses, percebendo-a como um elemento participativo nas mais diversas situações, impactando no resultado de ações e decisões de forma determinante. Talvez o exemplo mais claro disto seja o advento do campo da publicidade e propaganda, dentro do contexto do sistema capitalista ocidental, e sua relação indelével com o sucesso deste sistema.²

¹ MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das teorias de comunicação**. 16. São Paulo: Ed. Loyola, 2014.

² SILVA, L. V. A Publicidade como Instrumento do Capitalismo na Propagação da Cultura de Consumo e da Estilização da Vida. In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE., 2007, Salvador. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/nordeste2007/resumos/R0658-1.pdf>

A comunicação humana, contudo, se faz manifesta de muitas e variadas formas, apresentando-se, inclusive, de formas as quais, num primeiro olhar desatento, sequer pensaríamos em classificar como um ato de comunicação. Como bem já se discutiu no campo da psicanálise e das psicologias, o próprio silêncio e/ou a recusa em se comunicar, são, em si mesmos e inevitavelmente, formas de comunicação. Nossa postura corporal, a forma como posicionamos nossos braços e pernas, ou a direção para onde inclinamos nossa cabeça e nosso olhar; o tom de nossa voz, e a forma como ele muda ao trocarmos de um assunto para o outro; quando escolho uma roupa para apresentar uma palestra para a qual fui convidada; até mesmo meu esforço por chegar na hora certa agendada ou a despreocupação caso atrase alguns minutos; todos estes atos decisórios carregam em si um conteúdo informacional, que intenciona comunicar algo a alguém, há uma mensagem a ser transmitida e decodificada por quem a recebe. São elementos que pertencem ao universo da comunicação humana.

Não há consenso por uma definição universal do que seja a comunicação humana, como evento amplo e complexo que é. Mas parto do entendimento da comunicação como veículo das manifestações observáveis das relações humanas,³ e como tal, “é um processo complexo de eventos psicológicos e sociais, envolvendo a interação simbólica”.⁴ Considerando esta complexidade envolvida nos processos comunicacionais, uma comunicação não se esgota na transmissão ou emissão e compreensão/recepção de um conteúdo, sendo um processo muito mais amplo com uma vasta série de fatores implicados em seu sucesso ou fracasso.

³ WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **A pragmática da comunicação humana**. Um estudo de padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967.

⁴ LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988. P. 367.

De todo modo, esta maneira de definir o que seja comunicação humana é abrangente o suficiente para incluir todas as formas de interação entre pessoas humanas. Assim o sendo, não apenas as relações familiares ou sociais são fundadas nos processos comunicacionais que estabelecemos uns com os outros, mas também as relações de trabalho e a própria construção da nossa prática profissional. O ser humano é capaz de dar significado ao trabalho, e, através dele, estabelecer relações de cooperação e comunidade. Nada disso seria possível sem lançarmos mão das habilidades comunicacionais que fundamentam toda e qualquer possibilidade relacional humana.

Pois bem, nosso campo de trabalho é o da produção de cuidado em saúde. O modelo biomédico ocidental serve de matriz para a organização dos saberes em torno da saúde humana, tendo por característica peculiar a disciplinarização dos cuidados em saúde. E desta feita, a atenção à saúde humana se especializa e divide em categorias, gerando as diferentes especialidades e disciplinas com as quais organizamos nossos serviços de assistência sanitária hoje em dia. Apesar, ou para além disso, o aspecto relacional do cuidado em saúde segue sendo o pilar da construção de toda prática clínica⁵.

DE QUE FORMA A COMUNICAÇÃO SE RELACIONA COM O CAMPO DA SAÚDE?

Georges Canguilhem, filósofo, cuja tese de doutoramento tornou-se a conhecida obra *O normal e o patológico*, material de referência para estudos sociais no campo da saúde, descreve sua aproximação do campo da medicina como uma busca por algo para além de uma disciplina científica, mas por uma introdução a problemas humanos concretos. É

⁵ SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio.** A comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2006.

neste sentido que ele escreve: “a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque há médicos que os informam de suas doenças”⁶.

Através do século XX, o campo da medicina e das práticas em saúde atravessou mais transformações do que em toda a história anterior da medicina. Este século foi marcado por avanços tecnológicos e científicos em diversas áreas do conhecimento humano, alcançando, inevitavelmente, a da saúde humana. As tecnologias aplicadas à medicina ocidental oportunizaram inúmeros benefícios às populações humanas, como a erradicação de algumas doenças e a cura e/ou melhor controle de outras, favorecendo para alguns grupos populacionais melhorias na qualidade de vida e aumento da longevidade.

Contudo, esse ideal de desenvolvimento tecnológico aplicado às ciências da saúde, especialmente à medicina, veio não sem uma contrapartida de efeitos colaterais indesejáveis. Uma característica das práticas clínicas que foram sendo instituídas nesta nova medicina tecnológica, e que pode ser diretamente relacionada ao caráter tecnicista destas novas práticas, é o gradual distanciamento que se foi estabelecendo entre a médica e sua paciente. A fonte mais fiel de informação sobre o adoecimento passou a ser imagens e resultados de exames laboratoriais, ao invés do relato da própria paciente, invertendo o vetor da afirmação expressa por Canguilhem. Desta forma, as relações interpessoais entre profissionais de saúde e pacientes passaram a ser cada vez mais intermediadas pelas tecnologias, ganhando conformações distintas das relações que eram estabelecidas quando as principais ferramentas da médica eram sua presença e seu conhecimento.

Essas transformações nas práticas dos cuidados em saúde foram

⁶ CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 55.

fator motriz para o surgimento de disciplinas como os Cuidados Paliativos e a Bioética, na esteira de movimentos como pelos direitos dos pacientes e das discussões acerca da chamada humanização dos cuidados em saúde, todos a partir da segunda metade do século XX⁷. Não deixa de ser curioso notar a necessidade de uma proposta de *humanização* de relações de cuidado – inextricavelmente humanas.

O que esta discussão que viemos fazendo até aqui aponta é a noção de relações humanas como base do trabalho em saúde. Só há possibilidade de produção de cuidado em saúde no encontro de dois *sujeitos*⁸, cada qual com seus saberes – o saber técnico-científico da profissional de saúde, por um lado, e por outro, a subjetividade da paciente e seu saber próprio sobre sua experiência de adoecimento. Se anteriormente afirmo que todo comportamento interacional humano tem valor de comunicação, e agora afirmo que a base do trabalho em saúde está nas relações humanas, sou, portanto, levada a concluir que a comunicação é competência fundamental para produzir cuidado em saúde. Para sustentar este entendimento, utilizo como ferramenta conceitual o conceito de “trabalho vivo em ato” como descrito por Mehry. Define-se como o trabalho que articula adequadamente os diferentes níveis de tecnologia necessários ao trabalho em saúde, conforme este autor as denomina: as tecnologias duras, tecnologias leve-duras e as tecnologias leves, estas últimas, de caráter intrinsecamente relacional. Para

⁷ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

⁸ Trabalho aqui com o conceito de *sujeito* como definido pela psicóloga lisboeta Grada Kilomba. Segundo esta: “O termo *sujeito*, contudo, especifica a relação de um indivíduo com sua sociedade; e não se refere a um conceito substancial, mas sim a um conceito relacional. Ter o status de *sujeito* significa que, por um lado, indivíduos podem se encontrar e se apresentar em esferas diferentes de intersubjetividade e realidades sociais, e por outro lado, podem participar em suas sociedades, isto é, podem determinar os tópicos e anunciar os temas e agendas das sociedades em que vivem”. (KILOMBA, G. **Memórias da Plantação** - Episódios de racismo cotidiano. Trad. Jess Oliveira. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019. p. 74). Sigo a autora também na opção pela grafia do termo em itálico, para denunciar a rigidez idiomática do sentido masculino exclusivo do conceito.

estes autores, “o trabalho em saúde se dá sempre com base em um encontro, é sempre relacional, em ato”.⁹

COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA CLÍNICA

Competência pode ser definida como capacidade de articular conhecimentos, habilidades e atitudes na direção de uma ação adequada e eficaz sobre problemas reais. No âmbito da prática clínica em saúde, isto diz respeito a conhecimentos e habilidades técnicos específicos que se operam neste campo. Desta forma, estão incluídos aqui o que Mehry convencionou chamar de tecnologias duras – insumos e equipamentos – e tecnologias leve-duras – o treinamento técnico da profissional de saúde no manejo das tecnologias duras e nas habilidades específicas de sua formação. Ou seja, entendemos por conhecimento e habilidade técnica na prática clínica do cuidado em saúde, a capacidade de prescrição adequada de um medicamento, ou o uso eficiente de material para proteção e cicatrização de uma ferida, ou ainda a precisão de um corte cirúrgico ou a indicação pertinente de determinado exame ou procedimento.

Em verdade, estamos acostumadas a associar este tipo de saber técnico, e a exploração de seu uso, à ideia de cuidado. É comum, por vezes, pacientes avaliarem que receberam cuidado de qualidade porque saíram de suas consultas médicas de posse de uma prescrição medicamentosa complexa, ou do pedido de exames de alta tecnologia. A medicina tecnológica¹⁰ com a qual estamos familiarizadas divulga este tipo de competência clínica como sendo a competência na prática em saúde

⁹ FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 14.

¹⁰ MEHRY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas - Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**. v. 4 n. 6, 2000. pp. 109-116.

por excelência, em detrimento das competências relacionais da prática clínica. Estas últimas, a meu ver, configuram a possibilidade de cuidado em si mesma.

Vejam. Retomando a concepção de Canguilhem de que a existência da medicina – e, por conseguinte, das práticas em saúde como um todo – deve-se ao fato de que há alguém que nos comunica sobre um sofrer, e que o saber sobre este sofrer, qualquer que seja, só pode surgir a posteriori, o que equivale a dizer que as “soluções” para este sofrer, as terapêuticas, só podem surgir após esta comunicação sobre este sofrer, temos que a possibilidade do cuidado advém da possibilidade de comunicação.¹¹ Ao concordar com este argumento, estou assentando as bases de toda e qualquer prática clínica do cuidado em saúde na relação interpessoal, que, como vimos, é necessariamente atravessada por atos e elementos comunicacionais, sendo, portanto, esta relação o fundamento de todo cuidado em saúde.

Felizmente, pode-se dizer, “a partir da última metade do século XX, percebem-se alguns focos de preocupação com os aspectos da comunicação interpessoal envolvendo a relação médico e paciente”.¹² A comunicação no âmbito da saúde pública constitui um campo bastante amplo de conhecimento, agregando saberes multidisciplinares, e subdivide-se por diferentes enfoques. Quando estou – como é o caso aqui – abordando a comunicação pelo enfoque das interações clínicas entre profissionais de saúde e pacientes, estou, então, tratando da comunicação em saúde como uma competência clínica.

Enquanto competência clínica, e assim como todo o rol de competências do qual nos acercamos para garantir uma boa prática clínica,

¹¹ GUIMARÃES, A. S. Amigos, Deuses ou Cientistas: os médicos e seus pacientes. In: EPSTEIN, I. (Ed.). **A comunicação também cura na relação médico-paciente**. São Paulo: Angellara, 2006.

¹² EPSTEIN, I. **A comunicação também cura na relação médico-paciente**. 2006. Angellara, São Paulo, 2006, p. 98.

a comunicação clínica pode – e deve – ser desenvolvida. Devemos considerá-la, portanto, uma habilidade específica, necessária à prática clínica, e, sem a qual nossa atribuição de produzir cuidado em saúde fique, possivelmente, incompleta. A produção do cuidado em saúde depende de habilidades de comunicação efetiva enquanto competência clínica das profissionais de saúde. É esta a competência que propicia à paciente, na medida em que reconhece a fala desta como válida, tornar-se capaz de conceituar seus problemas de forma ativa, compartilhando da construção de uma terapêutica que se relacione com sua singularidade¹³. Este é o trabalho vivo em ato, produtor de subjetividades no cuidado em saúde.

PREJUÍZOS DA MÁ COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Vamos nos aprofundar um pouco mais nesta ideia de produzir subjetividades no cuidado em saúde. Vim de insistir na compreensão do trabalho em saúde como um encontro. Um encontro entre duas pessoas humanas, que se colocam numa situação de interação a partir de um objetivo (em tese) comum: assistir às necessidades de saúde daquela que está ocupando o lugar de paciente, naquele momento. Neste encontro há, claramente, uma desigualdade de poder – na medida em que nossa sociedade hierarquiza saberes enquanto capital – por um lado, há alguém que detém um saber técnico-científico e um saber-fazer; por outro, alguém que espera que aquele com quem interage lance mão deste seu saber para atender suas necessidades de cuidado.

Pois bem; embora seja identificado este desequilíbrio de poderes na relação dos cuidados em saúde, o encontro que se faz em trabalho vivo em ato há que ser produtor de subjetividades para todas as que dele

¹³ SILVA, M. J. P. *Op. cit.*, 2006.

participem. Profissional de saúde e paciente entram em relação portando cada qual suas singularidades, seus afetos e seus saberes. E apesar dos esforços por distinguir este encontro dos demais encontros sociais do dia a dia, sob o distintivo de “relação profissional”, cujo objetivo é diferenciar um caráter mais “técnico” ou “objetivo” deste tipo de relação, Merhy nos diz que

(...) nos momentos de sua concretidade, no agir do médico sobre o usuário, mediante seu trabalho vivo em ato, [o médico] é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato”.¹⁴

Contudo, existe ainda uma forte tendência a que este encontro seja capturado pelo peso do saber técnico-científico, ou seja, pelas tecnologias duras e leve-duras presentes na relação. O contínuo processo de formação técnica e acadêmica da profissional de saúde se organiza em torno da valorização quase que unilateral deste tipo de saberes, em detrimento do que chamo, na esteira de Merhy, de tecnologias relacionais. Isso, por si só, já causa à profissional insegurança e incerteza diante das tarefas relacionais e comunicacionais exigidas pelo encontro. Diante de solo inseguro, a profissional de saúde certamente sente-se caminhando em terreno mais firme quando se volta para aquilo o que acredita dominar com maior certeza. Além disso, o saber técnico-científico e o uso das tecnologias duras parecem imprimir maior credibilidade ao seu lugar neste encontro, favorecendo, ainda, a manutenção das posições de poder estabelecidas.

Desta forma, vão-se estabelecendo algumas barreiras à comunicação adequada na interação das profissionais de saúde com pacientes na prática clínica, dentre as quais um tão importante quanto

¹⁴ MEHRY, E. E. *Op. cit.*, 2000, p. 110.

corriqueiro exemplo é o uso de jargões profissionais com o público leigo. Além disso, diferenças sociais e culturais entre profissional e paciente podem constituir tais barreiras, bem como dificuldades de compreensão por parte das pacientes, ou ainda, dificuldades das profissionais de saúde quanto ao manejo da adequação da verdade: conflitos entre “coisificar” o adoecimento, tratando a verdade sobre o quadro clínico como mero conteúdo informacional objetivo, por um lado, e por outro, a total inabilidade diante de tais informações, gerando omissão de elementos desta verdade ou mesmo uma conspiração do silêncio.¹⁵

O que ocorre nessas circunstâncias, e que já vem sendo bem documentado na literatura especializada é o impacto destes entraves comunicacionais no projeto terapêutico da, e na, produção de cuidado à paciente. Em última análise, o impacto é sobre a própria saúde da pessoa, com efeitos sobre sua qualidade de vida. Dentre as consequências destas comunicações clínicas prejudicadas por habilidades inadequadas ou não desenvolvidas, a mais imediata diz respeito ao comprometimento e à adesão da paciente ao tratamento proposto. Termos médicos ou caligrafia incompreensíveis dificultam a capacidade das pacientes em seguirem corretamente uma prescrição, mas não apenas isso; atitudes de evitação ou de distanciamento da profissional de saúde podem mesmo colocar em questão para as pacientes a credibilidade na prescrição oferecida.

Com relação às prescrições terapêuticas, falhas ou prejuízos na competência clínica comunicacional, elas podem levar a diagnósticos imprecisos ou mesmo equivocados, excluindo, muitas vezes, questões

¹⁵ “Os pactos de silêncio são situações onde há um acordo, implícito ou explícito, que envolve familiares, amigos e/ou profissionais de saúde, no propósito de controlar – ou mesmo alterar – as informações dadas ao paciente, no intuito de ocultar ou suavizar o diagnóstico ou a gravidade da situação” (KRIEGER, M. V. **Comunicação de Más Notícias em saúde: contribuições à discussão bioética através de uma nova Ética das Virtudes**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em associação das IES FIOCRUZ, UFRJ, UFF e UERJ. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. p. 49).

relativas a dificuldades psicossociais da paciente que tem relação direta com o processo de adoecimento e com a vivência subjetiva do seu tratamento. Este modelo de atenção à saúde biotecnocientífico¹⁶ adota, muitas vezes, relações baseadas na lógica de mercado, na qual a atenção à saúde é entendida como algo a ser consumido, num vetor único prestadora de serviço -> consumidora de direito; uma das consequências negativas disso é a judicialização das relações de cuidado em saúde, preocupação cada vez mais presente entre profissionais de saúde. No que diz respeito a este aspecto das relações de cuidado em saúde, os impactos da comunicação clínica inadequada também se fazem notar, sendo uma das mais frequentes causas de reclamações de pacientes e familiares sobre os serviços e profissionais de saúde, aumentando o risco de judicialização.¹⁷

Talvez pensar no quanto estes encontros podem afetar pacientes e suas famílias, o tratamento e o próprio processo de adoecimento das pessoas, seja algo mais evidente em si mesmo, além de ser objeto mais frequente de preocupações acadêmicas e de pesquisa. Contudo, há que se lembrar também que esta outra pessoa envolvida na relação de produção de cuidado, ainda que, como diz Merhy, “armada” de seus saberes, esta pessoa entra na(em) relação através de suas singularidades. O espaço do encontro desta relação “profissional” de produção de cuidado em saúde afeta e produz subjetividade para pacientes e também para profissionais de saúde.

Assim o sendo, as dificuldades relacionais deste encontro, instadas pela habilidade comunicacional inadequada também tem impactos importantes na profissional de saúde, afetando até mesmo a construção

¹⁶ SCHRAMM, F. R. **Existem boas razões para se temer a biotecnociência?** Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo - 2010; 4(2). pp. 189-197.

¹⁷ CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. E. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, 1999. pp. 647-654.

de sua identidade profissional. Se todo trabalho de produção de cuidado em saúde se dá no encontro, certamente este trabalho exigirá das profissionais de saúde que lancem mão de suas capacidades relacionais como ferramenta básica de seu trabalho. Posso supor, inclusive, que esta seja a única ferramenta que é solicitada ao manejo invariavelmente em todas as situações de cuidado em saúde. Mas, se, diante da exigência do uso destas habilidades, profissionais sentem-se despreparadas e tentam substituí-las por outros ferramentais menos adequados à situação em questão, não restam dúvidas de que a subjetividade da profissional em sua própria prática restará impactada.

Vou tentar dar um exemplo, para tornar mais evidente esta última discussão. Digamos que uma profissional médica esteja recebendo em sua sala de atendimento, num serviço do SUS, uma paciente jovem, cerca de 30 anos, cujos exames recentes indicam para um câncer de ovários. Esta paciente chega para o atendimento trazendo ao colo uma criança de seis meses de idade, sua filha, alimentando-a ao peito. Além disso, a moça parece muito emagrecida, pálida e abatida, talvez sugerindo que exames mais a fundo demonstrem um estágio mais avançado da doença oncológica. Mas a médica não percebe isso. E também não percebe a ansiedade da moça, que suspeita que haja algo de errado com sua saúde e preocupa-se com o futuro da bebê. Diante da tarefa de dar uma notícia tão árdua para alguém tão jovem – e que talvez seja a quarta ou quinta desta semana – a médica adota o que pensa ser uma atitude profissional, mas que, em verdade, são posturas de evitação e distanciamento; mecanismos de defesa dela própria, ativados no sentido de protegê-la de algo que considera doloroso demais.

Nossa médica então opta por dar as informações sobre os exames de forma muito objetiva. Olhando para o monitor à sua frente, “explica” para a paciente, que está a sua esquerda, que o achado tem o nome de

carcinoma epitelial ovariano, e que deve ser tratado com urgência. Afirmava com convicção que o melhor tratamento é cirúrgico e quimioterápico, envolvendo um longo processo de internação hospitalar, logo que, obviamente, houver vaga. Escapa dela, contudo, a oportunidade de perguntar à paciente sobre a criança, e se há suporte de cuidados para ela durante a hospitalização da mãe; esta informação lhe faria compreender um pouco melhor o comportamento ansioso da paciente, que imediatamente rejeitou a proposta de tratamento. A médica é irredutível e escreve, de forma rápida, em seu bloco receituário, todos os exames que a paciente deve agendar a partir de agora e procedimentos que deve marcar, lá fora, na recepção.

Não deu pra lembrar-se de prescrever um remédio pra dor, pra aliviar as cólicas que a paciente vinha sentindo há alguns meses. Ou para enjoo, o que tem sido frequente, mesmo após o final da gestação. A paciente também não perguntou. Em sua cabeça, só pensava quem ficaria com a neném durante seu tratamento, como iria amamentá-la durante este período, se sua doença ou tratamento fariam mal à sua filha de alguma forma. A moça foi embora com a criança ao peito, tendo entendido muito pouco do que lhe estava acontecendo e do que iria lhe acontecer, e pensando seriamente em não voltar novamente na médica nem tão cedo, afinal tinha uma preocupação mais importante no momento, cuidar de sua bebê pequena.

A médica do nosso serviço de saúde, por sua vez, seguiu o dia atendendo mais uma dúzia de outros pacientes, com todo o tipo de caso. Alguns desimportantes, mas outros tão graves quanto o da moça, e a faziam lembrar dela, tão jovem. A médica chegou em casa exausta, sentindo um cansaço muito mais do que físico. Faz tempo tem tido dificuldade para dormir, apesar da exaustão. Dia e noite lhe acompanham sentimentos de frustração. Lembra-se do caso da moça desta manhã.

Lembra que deixou de contar-lhe que seu câncer provavelmente já estava em um estágio mais adiantado da doença, mas o fez por opção; seria intolerável para aquela jovem saber disso – seria intolerável para ela dizê-lo. Amanhã levantar-se-á para mais um dia neste ambulatório; quereria estar em qualquer outro lugar no mundo, menos ali.

A lide cotidiana com tarefas para as quais as profissionais de saúde não se sentem preparadas acarreta frustração profissional, uma sensação de fracasso ou de inadequação diante da função exercida, gera sentimentos de insegurança e despreparo, fazendo com que se adotem atitudes profissionais adaptativas – partindo de mecanismos de defesa – como as atitudes de evitação ou mesmo atitudes paternalistas para com as pacientes. Além disso, a percepção de inabilidade comunicacional na prática clínica traduz-se em conflitos éticos sobre a adequação da verdade, quando a profissional percebe-se incapaz de discernir acerca do que deve – ou melhor, de que forma deve contar para sua paciente a verdade sobre sua condição de saúde. Por fim, graves prejuízos nas competências clínicas relacionais, para profissionais que se veem expostas diuturnamente às demandas de comunicação que a prática clínica exige, tem relação estreita com problemas de saúde laborais, mais especificamente a Síndrome de Burnout ou quadros de distúrbios psiquiátricos.¹⁸

CONCLUINDO

A título de conclusão, ensaio condensar aqui o ponto de vista defendido ao longo deste capítulo – longe de ser uma conclusão definitiva sobre o tema em geral, mas um organizar de ideias da forma como as expus em defesa desta linha de argumentação.

Parto, então, do postulado de que as relações humanas são a base

¹⁸ WALKER, L. G. Communication skills: when, not if, to teach. **Eur J Cancer**, v. 32a, n. 9, p. 1457-9, Aug 1996.

de todo e qualquer trabalho em saúde, sendo elas, irrevogavelmente, o elemento constitutivo da possibilidade de cuidado. Em face desta argumentação, a comunicação interpessoal em todas as suas formas faz parte da fundamentação deste trabalho: só é possível produzir cuidado porque, antes, há *um outro* que nos comunica de sua dor. A partir disso, passamos ao entendimento de comunicação não apenas como recurso inerente à pessoa humana, mas como uma ferramenta de trabalho, neste caso, específica do trabalho em saúde. É desta forma que se entende a comunicação enquanto competência clínica na produção de cuidado em saúde.

Enquanto competência clínica, a habilidade comunicacional pode, portanto, ser desenvolvida. Como todas as demais competências que profissionais de saúde devem desenvolver para sua atuação há que se buscar o domínio efetivo e eficaz destas habilidades. A comunicação efetiva, em sua qualidade de instrumento da prática clínica, é o que permite que pacientes conceituem de forma adequada seus problemas de saúde, apropriando-se de sua participação enquanto *sujeitos* no trabalho de promoção de saúde. A comunicação clínica efetiva é, ainda, o que viabiliza a mediação entre os saberes técnico-científicos resguardados pelas profissionais de saúde e os saberes orgânicos da população e seus problemas de saúde concretos.

As relações de trabalho no campo da saúde têm por base e fundamento o processo comunicacional entre duas ou mais pessoas, que chegam trazendo seus aspectos emocionais, seus mecanismos de defesa, seus recursos de enfrentamento e suas habilidades comunicacionais, suas singularidades, para este encontro que é capaz de produzir subjetividades. A comunicação interpessoal nesta relação deve ser uma interação comunicativa adequada às necessidades de ambos, que atenda tanto à dimensão técnico-instrumental, quanto à dimensão afetivo-expressiva. É

este o trabalho vivo em ato, produtor de cuidado em saúde, o que recorre à habilidade da profissional de saúde em equilibrar adequadamente os diferentes níveis de tecnologia necessários ao trabalho em saúde: seus equipamentos, seus conhecimentos técnico-teóricos, e sua capacidade relacional.

Afirmamos, destarte, a comunicação clínica como competência estratégica para produzir cuidado em saúde.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO SUPORTE À TOMADA DE DECISÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO DIANTE DO PACIENTE EM FIM DE VIDA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: DESAFIOS BIOÉTICOS¹

Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico que propicia a manutenção e prolongamento da vida, aliado à complexidade das decisões clínicas e ao pluralismo moral presente nas sociedades contemporâneas, exige que as decisões de fim de vida sejam ponderadas e discutidas entre todos os envolvidos. Uma característica marcante do fim da vida nos dias atuais tem sido sua ocorrência no hospital, especificamente no Centro de Terapia Intensivo (CTI), um espaço de grande densidade tecnológica, que ilustra bem a intensa incorporação da tecnologia pela medicina.

Por essas razões, este setor tem se tornado um espaço fecundo para os estudos sobre a derradeira etapa da existência humana. Observamos nas mais diversas experiências no âmbito da saúde dilemas éticos envolvendo os pacientes, familiares e, é claro, os profissionais de saúde de um modo geral, especialmente quando inseridos no contexto do CTI e nas decisões que antecedem o óbito do paciente. De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 1998)², o CTI “é unidade hospitalar destinada

¹ O presente texto faz parte da tese de doutoramento em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva PPGBIOS.

² BRASIL. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br/sites/default/files/tmp/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2019.

ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas”³, com “equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica”⁴.

A evolução biotecnológica, no campo da saúde, encontra sua máxima expressão no ambiente de terapia intensiva. Se por um lado, conjuntamente, têm sido responsáveis pela promoção da saúde, por outro, também possibilitam o prolongamento da vida humana a um tempo indefinido, trazendo importantes dilemas para o debate público sobre o fim da vida dos indivíduos.

Com o objetivo de oferecer suporte avançado para a manutenção da vida de pacientes severamente debilitados e com chances de sobreviver, o CTI também possui como foco a internação de pacientes instáveis clinicamente. É um ambiente de alta complexidade (utilização de recursos tecnológicos e profissionais altamente qualificados trabalhando ininterruptamente), reservado e único no hospital, já que se propõe a estabelecer monitorização completa e vigilância durante vinte e quatro horas por uma equipe multidisciplinar de profissionais.

No Brasil, estabelece a RDC n.º. 7 de 24 de fevereiro de 2010 (MS, 2010)⁵ que a Unidade de Terapia Intensiva Adulto assistirá pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos, mas é possível a admissão de pacientes que possuam entre quinze e dezessete anos, desde que estabelecido em normas institucionais. Embora UTI e CTI sejam nomenclaturas que signifiquem setor para tratamento de pacientes em condições graves e/ou instáveis, conceitualmente o CTI é o agrupamento

³ *Ibid.*, p. 2.

⁴ *Idem.*

⁵ RDC N.º 7 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução ANVISA – Regulamenta as Unidades de Terapia Intensiva. Norma do MS de 24 de fevereiro de 2010 publicada no DOU: 25. 02. 2010. Brasil.

de mais de uma UTI em uma mesma área física.

Por conseguinte, nesse ambiente tecnológico, onde é possível prolongar a vida do paciente por meios artificiais, por tempo indeterminado, interessa refletir sobre como o enfermeiro toma decisões em situações que antecedem o óbito. Nessa análise, considera-se, por um lado, uma formação voltada para o prolongamento da vida, tanto entre enfermeiros como médicos, que não os prepara para decisões voltadas para o morrer dos pacientes; por outro, as relações hierárquicas entre esses profissionais, de maneira que tais decisões não ocorrem sem conflito, tanto entre a equipe como entre essa e o paciente/famíliares.

As questões relacionadas ao processo de tomada de decisão do enfermeiro diante do paciente sem possibilidade terapêutica de cura, os conflitos entre familiares e profissionais de saúde bem como os argumentos utilizados por ambas as partes diante de situações clínicas graves tornaram-se um desafio de compreensão, especialmente em razão das dificuldades para se chegar a uma solução que possa contemplar todos os envolvidos (equipe de saúde, paciente e familiares).

A não aceitação de um diagnóstico ou o desamparo frente a um prognóstico de difícil tratamento com os medicamentos e recursos atuais, remetem à necessidade de uma decisão rápida e eficaz. No universo em questão estão inseridos os profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro, que necessitará tomar decisões que influenciam nas condutas ao paciente em fim de vida⁶. Diante das inquietações de o que fazer, como fazer e de qual forma proceder, surgem as reflexões: se fosse possível a utilização de um apoio para essa tomada de decisão ética, teríamos mais segurança? De que forma esta decisão seria tomada aumentando as chances de escolhermos a conduta mais adequada?

⁶LIMA, M. L. F.; REGO, S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética** (Online), v. 23, p. 31-39, 2015.

O enfermeiro, enquanto membro de equipe multiprofissional de saúde, se vê desafiado a tomar decisões que envolvem o cuidado com o paciente e com a família. Quando falamos em medidas paliativas, podemos refletir, por exemplo, sobre a possibilidade de desenvolver um sistema que auxilie a pensar a distribuição e variação de linguagem da dor através de etnias, gênero, demografia, entre outros, ajudando a equipe a revisar o acerto de uma tomada de decisão sobre o tratamento da dor.

Com o surgimento de estudos relacionados à Inteligência Artificial (IA), poderíamos ter uma decisão mais acertada com o apoio, por exemplo, de redes neurais artificiais (RNA) que são instrumentos de simulação dos neurônios biológicos. Conforme Siqueira-Batista e colaboradores:⁷

O processamento de dados se inicia com uma fase de aprendizagem, na qual um conjunto de dados – para os quais já se conhecem as respostas – é apresentado, fazendo com que as forças das conexões da rede se alterem de modo a gerar um resultado que seja o mais próximo possível daquele observado nos dados de treinamento.

CLÍNICA E O PROCESSO DECISÓRIO DO ENFERMEIRO

A Bioética Clínica é um ramo da Bioética que se destina a identificar e analisar um dilema moral que demanda cuidado individual do paciente de forma a sugerir soluções que satisfaçam os anseios do protagonista (paciente) e demais personagens (profissionais de saúde e familiares) quanto a condutas/ações a serem desenvolvidas. Dentre outras discussões dessa vertente, encontraremos métodos diversos para a tomada

⁷ SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* As redes neurais artificiais e o ensino da medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 551. Dec. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 out. 2019.

de decisão, com os questionamentos pertinentes. Afinal, como saber que decisão a ser tomada será a mais adequada ou a mais correta para o paciente?

O enfermeiro, ao assumir sua função numa unidade fechada – como o CTI –, convive com a necessidade de tomar decisões difíceis num ambiente de muita pressão e repleto de tecnologia, embora muitas vezes a tomada de decisão seja médica, esta é necessária mesmo quando não há mais possibilidade terapêutica de cura. Alguns modelos teóricos podem auxiliar na tomada de decisão ética como o NOR-MAN⁸ e Johnson⁹. Motta, Oliveira e Siqueira-Batista¹⁰ destacam que outros autores propõem modelos diversos e ensinam:

David Thomas propõe estabelecer as prioridades no momento de indicar o melhor curso de ação ou tomada de decisão. Diego Gracia recomenda minuciosa análise da história clínica em questão, antes da aplicação do método. Albert Jonsen considera que os problemas morais devem ser analisados a partir da história clínica (e não dos princípios, inicialmente). James Drane utiliza os princípios da autonomia e da beneficência para guiar a reflexão, além de basear-se em apanhado de valores morais a partir da descrição dos fatores clínicos relevantes. A sistematização da metodologia ética proposta se estrutura em três fases. Fermim Schramm considera que tanto a razão teórica (descritiva e compreensiva) quanto a razão prática (aplicada) seriam ferramentas indispensáveis da (bio)ética e propõe a utilização de “ferramentas” à luz da razão prática.

O graduado em enfermagem, enquanto integrante da equipe multiprofissional de saúde, deve compreender as necessidades do paciente e dos seus familiares, esclarecendo os possíveis caminhos a serem

⁸ NOR-MAN REGIONAL HEALTH AUTHORITY - Framework for Ethical Decision-Making. Disponível em: http://www.norman-rha.mb.ca/documents/EthicsFramework_000.pdf. Acesso em: 21 de ago 2019.

⁹ JOHNSON, J.G. **Cognitive modeling of decision making in sports Psychol Sport Exerc.** 2006. Disponível em: http://www.users.muohio.edu/johnsojg/lab/papers/Johnson_PSE06.pdf. Acesso em 20 ago 2019.

¹⁰ MOTTA, Luis Claudio de Souza; OLIVEIRA, Lucas Nicolau de; SILVA, Eugenio; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Tomada de decisão em (bio)ética clínica: abordagens contemporâneas. **Rev. bioét.** (Impr.). 2016; 24 (2): 304-14, 2016. p.311.

percorridos antes do risco iminente de morte. O conhecimento dos desejos prévios do paciente e integrantes da família sobre o fim de vida poderão gerar dilemas éticos que merecem atenção especial da bioética, numa clara referência aos princípios estabelecidos por Beauchamp e Childress¹¹, assim como a vertente do cuidado.

De acordo com Husted¹² algumas situações podem ser exemplificadas, tais como: o direito do paciente de ser informado sobre o seu prognóstico em conflito com o querer não saber, a transmissão da informação quanto ao seu estado de saúde aos membros familiares ou qual membro da família poderá receber as informações, dúvidas quanto a preservação ou não do estado emocional do paciente ao evitar contar a verdade sobre seu estado de saúde, as dificuldades quanto ao limite para confidencialidade do paciente bem como de que forma compreender as medidas que podem proporcionar alívio ao paciente ou prolongamento de um sofrimento evitável.

Os enfermeiros lidam com o processo decisório em conformidade com sua consciência e sua formação. São muitas as variáveis que culminam em uma decisão: seja convicção pessoal, parâmetros do paciente ou familiar. De acordo com Baliza *et al.*¹³:

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o enfermeiro é mais desafiado a participar de tomadas de decisão relacionadas ao cuidado do paciente e da família, diante de situações complexas, como manter ou suspender o suporte de vida. Diante delas, o profissional precisa estar preparado e livre para atuar usando seu conhecimento e sua experiência. Neste sentido, muitas mortes que ocorrem na UTI são precedidas de tomadas de decisão relacionadas à limitação ou à suspensão das medidas

¹¹ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. (4ª ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.

¹² HUSTED, J.; HUSTED, G. **Ethical decision making in nursing and health care: the symphonological approach**. 4th ed. New York: Springfield; 2008.

¹³ BALIZA, M. F. *et al.* Factors influencing Intensive Care Units nurses in end-of-life decisions. **Revista Escola de Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 573. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000400572&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 ago 2019.

de suporte de vida.

O temor da morte está presente o tempo todo em um ambiente em que a vida está em risco. A morte pode ser vista como sinônimo de impotência e fracasso, tornando-se inaceitável. Nega-se muitas vezes ao paciente o direito de saber sobre seu estado. A negação do processo de fim de vida é vista a todo instante. Não há diálogo entre o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura e seus familiares, e entre esses e a equipe, sendo corriqueira a manutenção de esperança de dias melhores para o paciente. Dessa forma misturam-se sentimentos pessoais e profissionais. Baliza *et al.*¹⁴ argumentam que:

A ideia de que os enfermeiros estão comprometidos a fazer a diferença no cuidado do paciente e da família nas situações de final de vida é expressa por eles. Os enfermeiros, mesmo com toda dificuldade e falta de preparo para lidar com estas situações, entendem que têm o dever de cuidar do paciente e da família e que alguma coisa deve ser feita para reduzir o sofrimento e a privação que a família vive neste período.

Os enfermeiros compreendem as dificuldades nesse momento em relação a família, paciente e demais profissionais de saúde. Morin¹⁵ afirma que “a mesma consciência nega e reconhece a morte, nega-a como aniquilamento, reconhece-a como acontecimento”, afirmação que pode sugerir maior reflexão social e individual sobre o fim da vida humana. Não apenas como vemos nos filmes, novelas ou através do contexto social, mas também em ambiente hospitalar. Nega-se, desconversa-se, deve ser evitado falar sobre a finitude humana.

Assim observamos em ambientes hospitalares modernos e

¹⁴ BALIZA, M. F. *et al.* Factors influencing Intensive Care Units nurses in end-of-life decisions. **Revista Escola de Enfermagem**, USP. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 576. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400572&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2019.

¹⁵ MORIN, E. (1970). **O homem e a morte**. (J. G. Boto & A. Rodrigues, Trans.). Lisboa: Europa-América. (Texto original publicado em 1951). p.26.

permeados de aparelhos de alta tecnologia a obstinação terapêutica por parte dos profissionais e a negação do processo de fim de vida. De acordo com Felix *et al.*¹⁶:

Cuidar de pessoas ao final da vida em uma Unidade de Terapia Intensiva é uma situação bastante complexa. É oportuno reconhecer que esses pacientes encontram-se vivenciando uma situação de sofrimento e de limitação física imposta pela própria gravidade do quadro clínico.

Bem verdade que ao longo da graduação muito se aprende sobre anatomia, fisiologia e técnicas a serem implementadas além do aporte tecnológico para o prolongamento da vida em um CTI. Ao lembrar da finitude do ser humano, quando diante de um paciente sem mais possibilidades de cura, o profissional faz um resgate do que foi estudado e se sente incapaz de lidar com essa situação. Assim, refletimos se um sistema computacional inteligente poderia ser um suporte nessa tomada de decisão.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL COMO APOIO À DELIBERAÇÃO ÉTICA

Desde os anos 1950, paralelamente ao desenvolvimento dos computadores, a IA vem se ocupando do estudo e do desenvolvimento de modelos computacionais que sejam capazes de fazer com que as máquinas ampliem suas capacidades e possam ser aplicadas na execução de tarefas mais “nobres”, em vez de ficarem restritas às tarefas “braçais”. Em linhas gerais, alguns desses modelos se baseiam em um conjunto de parâmetros internos que são ajustados iterativamente, segundo uma regra bem definida, em um processo denominado aprendizagem¹⁷.

¹⁶ FELIX, Z. C. *et al.* O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 3, p. 101, set. 2014.

¹⁷ BURTON, Emanuelle; GOLDSMITH, Judy; MATTEI, Nicholas. Using “The Machine

Semelhantemente ao aprendizado humano, o insumo para a aprendizagem é um conjunto de situações-exemplo da tarefa a ser executada. Com isso, o modelo é capaz de aprender a executar a tarefa sem ser explicitamente programado para aquilo. Outros modelos adotam uma abordagem baseada em lógica para simular o raciocínio humano. A partir de um conjunto de fatos contrói-se uma cadeia de raciocínio que leva a uma determinada conclusão.

Os computadores ainda não são capazes de reproduzir fielmente as mesmas habilidades dos humanos, mas o que já se conseguiu até o momento é bastante útil para diversas aplicações. Apesar das limitações, modelos baseados em IA são empregados como ferramentas de apoio à tomada de decisão em diversas áreas do conhecimento. O que se discute aqui é se modelos desse tipo também podem ser construídos para apoiar a formulação de decisões em situações em que as questões éticas são prementes como por exemplo no fim de vida.

Embora a expressão “inteligência artificial” seja fruto de conferência acadêmica que John McCarthy organizou no Dartmouth College em 1957, foi o artigo publicado por Alan Turing (1950), e seu “jogo da imitação” ou “Teste de Turing”, o que define e caracteriza o campo. Inicialmente propõe o questionamento se “máquinas podem pensar?” Sanvito¹⁸ ilustra que:

No teste, dois seres humanos A e B e um computador C são colocados em locais separados e interligados por um computador. O humano A conversa com B e C com o objetivo de descobrir qual deles é o computador. Caso A não consiga determinar, com um mínimo de 50% de precisão, qual dos dois é o outro humano, diz-se que o computador passou pelo teste de Turing e, portanto, que a máquina simula a

Stops” for Teaching Ethics in Artificial Intelligence and Computer Science. AAAI Workshop: AI, 2016, 9p.

¹⁸ SANVITO, Wilson Luiz. Inteligência biológica versus inteligência artificial: uma abordagem crítica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 53, n. 3a, p. 363, Sept. 1995. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1995000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Oct. 2019.

O termo “inteligência”, entretanto, continua até os dias de hoje com diversas definições. Embora existam muitas tentativas de definir a expressão “inteligência artificial”, o binômio carece de melhor entendimento dada a complexidade de compreensão de o que se entende por “inteligência” e “artificial”. Conforme descreve Rodrigues¹⁹: “*inteligência* com origem do Latim *intellectus*, de *intelligere* = entender, compreender. Composto de *íntus* = dentro e *lêgere* = recolher, escolher, ler”. O *artificial* pode ser apreendido como “tudo aquilo que é feito pelo ser humano, ou seja, um artefato”.²⁰

Estas definições não encerram os conceitos, tal como não se fecham às críticas ou embargos de outros autores, no entanto direcionam a um melhor entendimento sobre a IA. Outra definição que merece destaque é a proposta por Rich e Knight:²¹ “O estudo de como fazer computadores realizarem coisas nas quais, no momento, as pessoas são melhores”.

Essa discussão ganha ainda mais divergências e conflitos acadêmico-científicos quando diante da tentativa de definir inteligência artificial (IA). Certamente existem as mais variadas interpretações acerca desse âmbito de estudo. Especialmente quando abrimos as portas para suas vertentes forte e fraca.²²

Pode-se dividir o âmbito da IA nas categorias forte (IA forte) e

¹⁹ RODRIGUES, Letícia Gomes. **Um estudo sobre a teoria das inteligências múltiplas**. p. 3. Disponível em: <http://www.gradadm.ifsc.usp.br/dados/20152/SLC0631-1/Trabalho_tipos_inteligencia.pdf> Acesso em 18 set 2019.

²⁰ VON ZUBEN, Fernando J. **O mundo natural e o mundo artificial**, 2011, p. 4, Campinas (SP) [online]. 2011 [citado em 10 de outubro de 2018]. Disponível em: ftp://ftp.dca.fee.unicamp.br/pub/docs/vonzuben/ia707_1s11/notas_de_aula/topico1_I_A707_1s11.pdf. Acesso em: 20 set 2019.

²¹ RICH, E.; KNIGHT, K. **Artificial Intelligence**. 2nd edition. McGraw-Hill, 1991, p.3.

²² NAVEGA, Sergio C. **Inteligência Artificial: Presente, Passado e Futuro**. Infoimagem, 2001, p. 19.

fraca (IA fraca). Na vertente denominada IA fraca, ocorre uma programação humana a fim de que a máquina responda conforme pré-estabelecido por comandos específicos.²³ Exemplificando, uma partida de Xadrez cujos dados para uma jogada foram ordenados na fase primitiva de programação do jogo. Dessa forma o ser humano crê estar jogando contra o próprio sistema operacional.

Por conseguinte, ainda que excepcional a jogada realizada pelo “software”, ela já foi pensada e idealizada pelo programador em um primeiro momento.²⁴ Igualmente o serviço de atendimento ao cliente de uma empresa. Usualmente executam-se comandos através dos números do telefone para que as informações sejam fornecidas pela máquina conforme o anseio do usuário.

Alguns sistemas utilizam o reconhecimento de voz para encaminhar a ligação ao setor apropriado no intuito da solução do requerimento do cliente. Essas tecnologias cujas respostas já foram preparadas fazem parte da imensa gama da IA fraca amplamente utilizada em diversos setores.²⁵ Em contrapartida, o desenvolvimento da denominada IA forte, em que máquinas realizariam procedimentos por si só, pensando e agindo como um ser humano (com análise ética de cada situação), de forma autônoma, sensível e consciente, encontra-se em evolução. Mas, afinal: é possível ensinar ética a um sistema computacional?

²³ SARACEVIC, Tefko. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em ciência da informação**, v. 1, n. 1, 2008.

²⁴ TEIXEIRA, João F. **Inteligência artificial**. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus, 2014.

²⁵ GOMES, Dennis dos Santos. Inteligência artificial: conceitos e aplicações. **Olhar Científico**, v. 1, n. 2, p. 234-246, 2011.

ENSINANDO ÉTICA À MÁQUINAS PENSANTES

Quando o ser humano se envolve com quaisquer questões no âmbito profissional e acadêmico, assim como no manejo de tecnologia da informação ou utilização da inteligência artificial (IA), prontamente vislumbram-se diversas questões éticas que poderão ser vistas através de uma determinada corrente ou ponto de vista conforme o interesse de quem utiliza. Neste quesito, poderão ser manipulados adequadamente ou não. Como definem Burton, Goldsmith e Mattei:²⁶

Os critérios precisos de julgamento moral variam de acordo com diferentes escolas de teoria ética, mas a maioria dos leitores podem facilmente reconhecer que os poderes em jogo nestas novas tecnologias podem ser usados para o bem ou para o mal. Existem diferentes maneiras de fazer perguntas éticas, bem como maneiras diferentes de responder a elas.

Dessa forma como ensinar uma máquina a responder eticamente a um determinado conflito, por exemplo? Uma das alternativas pode ser decidir sobre uma regra ética, como por exemplo proporcionar felicidade ao maior número de pessoas, transformar em algoritmos e elaborar uma máquina que siga essa programação. Porém, qual seria a regra ética mais apropriada? Afinal, sabemos que toda regra moral tem suas peculiaridades, exceções e devem ser avaliadas em cada caso concreto.²⁷

Outra opção seria a criação de uma máquina que aprenda a responder a determinadas situações em prol de um resultado ético, o que muito se aproxima ao modo de o ser humano aprender o que é certo ou errado, embora questionável se o homem possa definir realmente o

²⁶ BURTON, Emanuelle; GOLDSMITH, Judy; MATTEI, Nicholas. **Using “The Machine Stops” for Teaching Ethics in Artificial Intelligence and Computer Science.** AAAI Workshop: AI, 2016, p.1.

²⁷ BURTON, Emanuelle; GOLDSMITH, Judy; MATTEI, Nicholas. **Using “The Machine Stops” for Teaching Ethics in Artificial Intelligence and Computer Science.** AAAI Workshop: AI, 2016, 9p.

melhor caminho a ser seguido. Um exemplo de cooperação bem-sucedida entre homem e máquina seria uma reunião de médicos acerca da melhor decisão a ser tomada sobre um paciente.

Ademais, imagine que há uma máquina capaz de processar todas as situações já vivenciadas mundialmente por diversos profissionais de saúde em variadas épocas sobre casos similares. Essa máquina possui ainda “conhecimento” ético e moral de acordo com a situação, cultura e padrão social daquela época. Possivelmente seria um relevante auxílio para o enfermeiro e demais integrantes da equipe de saúde.

O Watson, sistema produzido para “o processamento avançado, recuperação de informação, representação de conhecimento, raciocínio automatizado e tecnologias de aprendizado de máquinas”²⁸ pela IBM merece destaque nesse contexto:

O supercomputador da IBM, denominado Watson, armazenou um volume extraordinário de informações em saúde, criando redes neurais de processamento de dados em vários campos, como a oncologia e a genética. Watson assimilou dezenas de livros-textos em medicina, toda a informação do PubMed e Medline, e milhares de prontuários de pacientes do Sloan Kettering Memorial Cancer Hospital. Sua rede de oncologia é hoje consultada por especialistas de um grande número de hospitais em todo o mundo. O supercomputador inglês Deep Mind, da Google, registrou informações de 1,6 milhão de pacientes atendidos no National Health Service (NHS), permitindo desenvolver novos sistemas de apoio à decisão clínica, analisando dados desses pacientes, permitindo gerar alertas sobre a sua evolução, evitando medicações contraindicadas ou conflitantes e informando tempestivamente os profissionais de saúde sobre seus pacientes.²⁹

Assim, observamos o imenso potencial não apenas para auxílio na deliberação acerca de tratamentos possíveis como, igualmente importante, na tomada de decisão ética diante de situações de conflitos, especialmente diante de paciente fora de possibilidade terapêutica de cura.

²⁸ LOBO, Luiz Carlos. Inteligência Artificial e Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** 185 41 (2): p. 185, 2017.

²⁹ *Idem*.

NOTAS CONCLUSIVAS

Com o surgimento de estudos relacionados à IA, tornou-se possível construir ferramentas computacionais para apoio à tomada de decisões mais acertadas usando, por exemplo, redes neurais artificiais que são instrumentos de simulação dos neurônios biológicos. Conforme Siqueira-Batista e colaboradores:

O processamento de dados se inicia com uma fase de aprendizagem [...] fazendo com que as forças das conexões da rede se alterem de modo a gerar um resultado que seja o mais próximo possível daquele observado nos dados de treinamento.³⁰

O uso dessas redes permite que diversas hipóteses a respeito da tomada de decisão sejam consideradas, com a possibilidade de aprendizado por si. Sendo assim, é possível a construção de caminhos mais seguros com estratégias que facilitem a abordagem na tomada de decisão do enfermeiro diante do paciente em fim de vida, em relação às questões (bio)éticas percebidas no contexto do cuidado realizado no CTI e fora do ambiente hospitalar com a utilização dessa nova tecnologia.

AGRADECIMENTO

Este capítulo foi escrito no âmbito do projeto de tese “Inteligência Artificial e Bioética: apoio computacional à tomada de decisão ética do Enfermeiro em questões relacionadas ao fim de vida”, ampliação do projeto de dissertação em que inicialmente se verificou as dificuldades e os critérios utilizados pelo enfermeiro diante do paciente em fim de vida para a tomada de decisão ética. Este projeto é financiado pela

³⁰ SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* As redes neurais artificiais e o ensino da medicina. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 551, Dec. 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400017&lng=en&nrm=iso. access on 01 Oct. 2019.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
fundação vinculada ao Ministério da Educação (MEC) do Brasil, a quem
o autor agradece pelo apoio financeiro concedido.

MORALIDADE E MORTE CEREBRAL

Edna Estelita Costa Freita

O primeiro paciente a falar novamente após ter mostrado sinais inequívocos da morte do tronco encefálico criará uma sensação tão grande quanto se a cabeça decapitada de Luís XVI tivesse começado a amaldiçoar seus executores.¹

HISTÓRICO

Para Aristóteles, filósofo grego 384 a.C.- 322 a.C.², a causa da morte de todos os seres vivos é a cessação do calor vital no coração dos organismos completos (como, por exemplo, os seres humanos). O processo de desaparecimento do calor vital ocorre quando esse calor não é mais resfriado. O motivo do não resfriamento reside no ressecamento e consequente endurecimento do pulmão, dado ser este órgão, o responsável pela manutenção do calor inato. Na ausência do processo realizado pelo pulmão, o calor se extingue do coração por autoconsumação. O processo de envelhecimento assinala, então, a progressiva extinção do calor interno, razão pela qual na velhice, segundo Aristóteles, basta um pequeno distúrbio para provocar a morte, pois o calor vital já se encontra muito tênue e qualquer perturbação produz a sua extinção. Por esse mesmo motivo, segundo o Aristóteles, a morte na velhice é indolor, pois não sobrevém ao organismo nenhuma afecção violenta que pudesse provocar a sua morte. De modo que, em apenas poucas linhas, Aristóteles sintetiza sua ideia sobre a morte biológica,

¹ PALLIS, C. ABC of brain stem death. Diagnosis of brain stem death-II. **British Medical Journal**, 285, 4 Dez. 1982.

² CAVALCANTE, J. **Pré-socráticos. Fragmentos, doxografia e comentários**. Tradução: José Cavalcante e cols. São Paulo: Nova Cultural, 2000. (Coleção Os Pensadores).

totalmente apoiada na presença do calor vital e no crescimento e deterioração do órgão responsável por esse processo de resfriamento.³

O conceito de morte encefálica surgiu no Ocidente.⁴ No entanto, as questões sobre se a morte deve ser conceituada em termos das funções vitais, circulação e da respiração, em vez das funções neurológicas eram em grande parte teóricas, antes do surgimento da ventilação mecânica. A mesma explicação simples, autonômica, simpática e aristotélica, que atrelava a vida humana a um músculo involuntário torácico, continua hoje enraizada no conceito de morte definida pela cessação das funções cardiopulmonares.⁵

Com a evolução do uso da ventilação mecânica após a Segunda Guerra Mundial, tudo isso mudou. De repente, as questões sobre a natureza da morte tornaram-se clínica e filosoficamente relevantes. Como o marcapasso neural para a contração do diafragma e respiração espontânea reside no tronco cerebral, pacientes com injúrias graves neste local param de respirar e rapidamente se manifestam os sinais típicos da morte. Após o desenvolvimento da ventilação mecânica, porém, esta função do tronco cerebral poderia ser substituída por um mecanismo externo para sustentação da respiração. Com a continuação da respiração, os processos vitais continuam a funcionar, incluindo a circulação, a digestão e excreção, o crescimento.⁶

Um artigo publicado por neurofisiologistas franceses em 1959⁴ é muitas vezes creditado como o primeiro a explorar algumas das

³ PUENTE, F.R. A Morte como término, mas não como finalidade da vida em Aristóteles. Síntese, **Rev. de Filosofia** 29(93) 2002: 95-102.

⁴ MOLLARET, P.; GOULON, M. The depassed coma (preliminary memoir). **Rev Neurol** (Paris).1959;101:3-15.

⁵ MORATO, E. G. Morte encefálica: conceitos essenciais, diagnóstico e atualização. **Rev Med Minas Gerais**, 2009; 19(3): 227-236.

⁶ MILLER, F. G.; TRUOG, R. D. Brain death. In: **Death, dying and organ transplantation: reconstructing medical ethics at the end of life**. Oxford University Press, 2011. 208 p.

implicações conceituais deste uso de ventilação mecânica. Os autores cunharam o termo "coma *depassé*" ("além do coma") para descrever o estado de pacientes com lesão cerebral devastadora que foram mantidos vivos com ventilação mecânica. A especulação sobre o uso de critérios neurológicos para diagnosticar a morte permaneceu nos assuntos para debate acadêmico até o desenvolvimento de outro campo da medicina, a do transplante de órgãos, com isso este tema tornou-se urgente, do ponto de vista pragmático. Em 1967, Christian Barnard⁷ realizou o primeiro transplante de coração na Cidade do Cabo, iniciando uma nova era na capacidade da medicina em resgatar os pacientes em risco de vida com falência orgânica. Embora o doador, neste caso, tenha claramente sofrido graves danos cerebrais, o evento levantou questões sem resposta, como: se o doador estava morto no momento em que o coração foi removido para o transplante, e se não, os médicos mataram o doador, removendo seu coração?

No ano seguinte, em 1968, o anestesista Henry Beecher chefiou uma comissão Ad Hoc da Harvard Medical School⁸ para abordar estas questões. Embora seu relatório tenha reconhecido que as deliberações do comitê foram impulsionadas em parte pelo desenvolvimento do transplante de órgãos, também observou que, sem esclarecimentos jurídicos e éticos a respeito do status de pacientes com lesão cerebral grave, os médicos seriam proibidos de retirar a ventilação mecânica, pois causaria a morte dos pacientes, violando normas éticas e legais. Como consequência, os médicos argumentaram, que seriam obrigados a continuar o tratamento em pacientes que não tinham esperança de

⁷ BARNARD, C. N. The Operation. A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, CapeTown. **S Afr Med J.** 1967;41(48): 1271-4.

⁸ AD HOC, Comitê. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. **JAMA.** 1968 Aug 5; 205(6): 337 - 40.

recuperação, causando sofrimento para seus familiares e escassez de leitos de terapia intensiva para pacientes que necessitam. Em retrospecto, podemos encontrar indícios de que Beecher e seus colegas⁸ sabiam que eles estavam fazendo um salto conceitual em equacionar a lesão neurológica grave como morte. Por exemplo, o título de seu artigo foi "Uma Definição de coma irreversível, Relatório do Comitê Ad Hoc da Faculdade de Medicina de Harvard para examinar a definição de morte cerebral." O título sugere que, embora eles estivessem confiantes em afirmar um critério para definição de coma irreversível, eles supunham (sem argumento preciso) de que este também poderia ser um critério para determinar a morte.

Um processo paralelo também ocorreu no Reino Unido, onde, em 1976⁹, uma comissão médica afirmou que a morte funcional permanente do tronco cerebral constitui morte cerebral e que uma vez que isso ocorreu, então, o apoio artificial é inútil e deve ser retirado. Claramente afirmando que a morte cerebral era um critério para justificar a retirada do suporte de vida, sendo ambivalente sobre se era um critério para declarar a morte. Em ambos os lados do Atlântico, o conceito de morte encefálica foi desenvolvido em termos de outros conceitos (coma irreversível ou a retirada justificada de suporte de vida) sem nunca fornecer qualquer argumento claro ou justificação de que os critérios para o diagnóstico de morte cerebral coincidam com morte do ser humano. Com o rápido desenvolvimento do transplante de órgãos em todo o mundo, a pressão para definir o estatuto ético e legal de potenciais doadores de órgãos tornou-se mais premente. O estado americano de Kansas tornou-se o primeiro estado a adotar uma versão dos critérios de Harvard em lei ordinária em 1970. Esta lei permitiu aos cirurgiões declarar os potenciais

⁹ Conference of Royal Colleges and their faculties in the United Kingdom. Diagnosis of brain death. *BMJ* 1976; ii:1187-8.

doadores de órgãos mortos com base em critérios neurológicos antes da remoção de órgãos vitais, aliviando preocupações sobre se os médicos estavam matando os pacientes durante o procedimento de colheita de órgãos. A situação manteve-se ambígua ao longo dos anos 1970 com a adoção hesitante e com retalhos de critérios de morte cerebral por estados individuais.⁶

Em uma tentativa de criar uma abordagem unificada para o problema, em 1980, uma Comissão Presidencial¹⁰ foi encarregada de desenvolver uma definição do modelo de morte para ser recomendado para os estados. Isso resultou no Ato de Determinação Uniforme da Morte (UDDA), que afirma que um indivíduo que tenha sofrido ou (1) cessação irreversível das funções circulatórias e respiratórias, ou (2) a cessação irreversível das funções do cérebro inteiro, incluindo o tronco cerebral, está morto. A determinação da morte deve ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos.¹⁰

A Associação Americana de Neurologia (AAN) organizou um comitê para estabelecer e uniformizar os critérios de morte encefálica. Em 1995¹¹, o comitê publicou revisão da literatura médica associada à classificação, baseada em graus de evidência científica, de mais de 200 artigos sobre morte encefálica, que possibilitaram a definição dos critérios utilizados atualmente nos Estados Unidos. O UDDA, ou legislação semelhante, com pequenas modificações é agora a lei em todos os 50 estados americanos.¹² No entanto, certos grupos culturais continuam a resistir ao conceito, mais notavelmente a comunidade judaica ortodoxa. Eles têm conseguido fazer lobby para obter isenções religiosas na lei. Em

¹⁰ COMISSÃO PRESIDENCIAL. Guidelines for the determination of death. Report of the medical consultants on the diagnosis of death to the President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. **JAMA**, 1981; 246:2184-6.

¹¹ WIJDICKS, E. F. Determining brain death in adults. **Neurology**. 1995; 45:1003-11.

¹² BERESFORD, H. R. Brain death. **Neurol Clin**. 1999 May;17(2):295.

Nova York, médicos, são obrigados a fazer uma "acomodação razoável"¹⁶ para os pacientes e famílias que se opõem ao diagnóstico de morte com base em uma falha cerebral. New Jersey vai ainda mais longe, e fornece uma isenção legal para os judeus ortodoxos, que se recusam a aceitar a morte cerebral.¹³

CONCEITOS

A partir dos anos 70, após a comissão Ad Hoc da Harvard Medical School, surgiram diferentes conceitos para morte cerebral. Entre eles destacam-se *whole brain death* (morte encefálica - utilizada no Brasil), *brainstem death* (morte do tronco cerebral) e *higher brain death* ("morte cerebral superior").¹⁴

A morte encefálica – *whole brain death*⁸ – representa o estado clínico irreversível em que as funções cerebrais (telencéfalo e diencéfalo) e do tronco cerebral estão irremediavelmente comprometidas.⁵

A definição de morte do tronco cerebral – *brainstem death* – próxima de uma variação da morte encefálica – *whole brain death* – também se apoia no campo da neurologia, tendo o entendimento de que a destruição irreversível do tronco cerebral é condição necessária e suficiente para que o organismo pare de funcionar como um todo. Essa definição se consolidou no Reino Unido, graças a Cristopher Pallis,¹⁵ neurologista célebre por sua defesa do diagnóstico de *brainstem death*. Pallis^{1,16} define a morte humana como um estado no qual há a perda irreversível da

¹³ OLICK, R. S.; BRAUN, E. A.; POTASH, J. Accommodating Religious and Moral Objections to Neuro-logical Death. **The Journal of Clinical Ethics** 20, no. 2 (Summer 2009): 183-91.

¹⁴ KIND, L. **Intermitências da morte**: redefinições do ser humano na difusão da morte cerebral como fato médico. *scientiæ zudiã*, São Paulo, v. 9, n. 1, p.79-104, 2011.

¹⁵ PALLIS, C. Medicine and the media. **British Medical Journal**, 281, p. 1664, 1980.

¹⁶ PALLIS, C. ABC of brain stem death. Reappraising death. **British Medical Journal**, 285, 13 Nov. 1982.

consciência combinada coma perda irreversível da capacidade de respirar (e, conseqüentemente, de manter o coração).

A morte do tronco cerebral, responsável por ambas as funções, é a essência fisiológica da morte cerebral, o substrato anatômico de seus sinais básicos (coma apneico com ausência de reflexos do tronco encefálico) e a principal determinante de seu invariável prognóstico cardíaco: assístole em algumas horas ou dia. Robert Veatch¹⁷ (1976) foi o idealizador da definição de *higher brain death* ("morte cerebral superior") e defende de forma acirrada a formulação guiada pela premissa de que o essencial para se identificar um ser humano deve se fundamentar por pressupostos filosóficos. Assim como, uma mudança da definição de morte que incorpore a consciência com o ponto crucial para se determinar se um ser humano está vivo ou morto.

A versão "médico-forense",¹⁴ a *whole-brain death*, expandiu-se para outros países, dentre eles o Brasil. Seu sucesso em pautar políticas públicas de doação de órgãos demonstra a versatilidade de uma definição a princípio rumorosa, mas com notável viabilidade para se sustentar diante dos avanços tecnológicos a ela agregados. A despeito dos questionáveis vieses morais que dela se desdobram, a definição de morte cerebral consegue estabilizar-se como fato médico.

Pallis¹⁸ publicou a definição da *brainstem death* em artigo na BMJ em contraposição ao *whole-brain death*. Concebendo a morte humana como um estado no qual há a perda irreversível da consciência combinada com a perda irreversível da capacidade de respirar (e, conseqüentemente, de manter o coração). Ambas são essencialmente funções do tronco encefálico. O conceito é admitido como híbrido, expressando tanto

¹⁷ VEATCH, R. M. **Death, dying and the biological revolution: our last quest for responsibility.** New Haven: Yale University Press, 1976.

¹⁸ PALLIS, C. ABC of brain stem death. The declaration of death. **British Medical Journal**, 286, 1 Jan. 1983.

atributos filosóficos quanto fisiológicos. Se [os testes confirmarem] um tronco encefálico morto, a morte deve ser declarada. Um paciente está morto quando um médico (utilizando critérios consensuais) o declara morto. Se o transplante é planejado, o “cadáver com batimentos cardíacos” deve ser reconectado ao ventilador.¹⁸ A principal crítica feita a Pallis é a de que sua definição e seus critérios levariam com frequência à “síndrome do encarceramento” (*locked-in syndrome*), condição clínica em que o paciente se mantém consciente e alerta, a despeito da completa ausência de movimentos.^{19,20}

A última definição é a *higher brain death*. Para os defensores da *whole brain death* os critérios e argumentos médicos parecem ser mais relevantes na definição da morte, já os argumentos teológicos e filosóficos são preponderantemente arregimentados para sustentar as formulações relacionadas a *higher brain death*. Mais importante do que delimitar o que é um “organismo vivo” ou quando e como ele morre, é estabelecer o que há de “humano” naquele que morre. A “pessoalidade” (*personhood*) ou “humanidade” (*humaness*) ganham destaque na definição da morte.

Robert Veatch^{21,22} defende uma mudança da definição de morte que incorpore a consciência como o ponto crucial para se determinar se um ser humano está vivo ou morto. Veatch alega que não se pode pensar na continuidade ou não da personalidade ou da identidade pessoal como morte, pois pode haver situações em que esse aspecto não se mantém, como nas demências ou amnésias decorrentes de lesões cerebrais, por

¹⁹ BERNART, J. L. How much of the brain must die in brain death? **The Journal of Clinical Ethics**, 3, 1, p. 21-6, 1992.

²⁰ BRODY, B. How much of the brain must be dead? In: YOUNGNER, S. J.; ARNOLD, R. M.; SCHAPIRO, R. (Ed.). **The definition of death: contemporary controversies**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1999.p. 71-82.

²¹ VEATCH, R. Whole-brain, neocortical and higher brain related concepts. In: ZANER, R. M. (Ed.). **Death beyond whole-brain criteria**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988. p. 171-86.

²² VEATCH, R. **Death, dying and the biological revolution: our last quest for responsibility**. ed. rev. New Haven: Yale University Press, 1989.

exemplo. Nesses casos, sempre se pode argumentar que uma pessoa pode se tornar “outra”, pode construir outra história de vida totalmente distinta.

Green e Wikler²³ tentaram desconstruir conjuntos de argumentos clássicos, buscando conferir clareza para a definição de morte cerebral como a morte da pessoa. Os autores apontaram, em primeiro lugar, os argumentos biológicos, inspirando debates que se centravam nos critérios de definição de morte pela atividade cerebral. Para os autores, esse conjunto de argumentos só serviria para localizar o debate em termos técnicos e proliferar concepções distintas de morte cerebral, como a *brainstem death* e a *whole-brain death*, obliterando o esclarecimento se a pessoa estaria ou não morta com a cessação do funcionamento cerebral. Os autores destacam a fragilidade de se considerar a morte cerebral apenas em seu aspecto somático, considerando a falta de precisão nos critérios. Condenam ainda a condição, nesse âmbito, de que o diagnóstico seja restrito ao reconhecimento de especialistas, no campo médico.

Um segundo conjunto, nomeado como argumentos morais, situa a morte como um evento cultural e moral, muito além de sua dimensão biológica. Esses argumentos estariam preocupados com o valor da vida. Os filósofos sustentam que essa vertente de argumentos institui consequências desastrosas, na medida em que assume que a vida deve ser mantida a qualquer custo. Em alguns casos, a vida humana perderia seu valor bem antes da morte cerebral. Para eles o conflito moral entre manter medidas terapêuticas extremas para pessoas mortas e preservar a vida é equivocado.

O terceiro conjunto de argumentos que constituem a hipótese dos autores é nomeado como argumentos ontológicos. A base da ontologia sustenta que a continuidade de algumas características psicológicas

²³ GREEN, M. B.; WIKLER, D. Brain death and personal identity. **Philosophy and Public Affairs**, 9, 2, p. 105-33, 1980.

essenciais de um dado indivíduo, num certo intervalo de tempo, comporia o que se pode chamar de identidade pessoal. A fórmula ontológica defendida pelos autores é que o cérebro é a sede da identidade pessoal. A consciência, e somente ela, constitui a identidade pessoal. A substância viva tem a sua identidade constituída por um senso de continuidade (*sameness*).

A consciência de si, portanto, configura-se como condição única para se identificar como pessoa. Mas o que dizer de situações em que o sujeito não está “consciente” como essa descrição exige? O critério de permanência da consciência de si poderia ser o mesmo para um paciente com morte cerebral e para um paciente com Alzheimer?

Nessa direção, John Lizza²⁴, filósofo norte-americano, faz ecoar algumas das principais teses de Veatch. O autor apresenta sua versão contemporânea do debate em torno da morte cerebral, sintetizada numa pergunta que atravessa sua argumentação: por que não consideraríamos mortos Indivíduos a quem falta potencial para a consciência, o pensamento, o sentimento e cada uma das outras funções mentais? (p. 1). O filósofo distingue o estado vegetativo permanente como “casos extremos de estado vegetativo persistente (ou a chamada, síndrome de vigília sem resposta), nos quais o diagnóstico da perda irreversível da consciência e outras funções cognitivas pode ser determinado com alto grau de probabilidade” (p. 182). Em outras palavras, o que é alvo do debate na atualidade são menos os *brain dead patients*, ou pacientes diagnosticados com morte cerebral, mas a extensão desta condição a outros pacientes como bebês anencéfalos e pacientes em estado vegetativo persistente. Lizza sustenta que anencéfalos e indivíduos em estado vegetativo permanente são meros corpos respirantes.

²⁴ LIZZA, J. P. **Persons, humanity, and the definition of death**. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2006.

MORTE ENCEFÁLICA NA PRÁTICA ATUAL

A morte encefálica é hoje definida como a ausência de funcionamento de todo o cérebro, manifestada por coma profundo, apneia e ausência de reflexos supra-espinais. Portanto, sob o ponto de vista médico e ético equivale à morte de um indivíduo, sendo o cérebro fundamental para a função integrativa do organismo¹¹. O diagnóstico é clínico.

Nos EUA o exame físico à beira do leito é suficiente para constatação de morte encefálica¹¹. Entretanto, outros países, como o Brasil, recomendam a realização de exames complementares confirmatórios que demonstrem ausência de função elétrica, metabólica ou de fluxo cerebral. O eletroencefalograma (EEG) é o exame mais utilizado em vários países. Entretanto, esse exame é de difícil execução na unidade de tratamento intensivo, pela possibilidade de artefatos confundirem-se com a atividade elétrica. A ultra-sonografia tem uma sensibilidade de 90% e especificidade de 100%, sendo realizada nas artérias cerebrais médias e vertebrais.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) atualizou em 2017²⁵ as normas para diagnóstico de morte encefálica. Os parâmetros clínicos para o início do diagnóstico são coma não perceptivo, ausência de reatividade supra-espinal e apneia persistente. Deve apresentar lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica, ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica. Temperatura corporal superior a 35°, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg para adultos.

O tempo de observação para que seja iniciado o diagnóstico é de

²⁵ CFM, Conselho Federal de Medicina, Brasil. Resolução 2.173/17.

mínimo de 6 horas, quando a causa não for a encefalopatia hipóxico-isquêmica, a observação deve ser de 24 horas.

A confirmação de morte encefálica é feita por dois exames clínicos realizados, por médicos diferentes, especificamente capacitados para confirmar o coma não perceptivo e a ausência de função do tronco encefálico.

Quanto à formação dos médicos examinadores será considerado especificamente capacitado o médico com um ano de experiência no atendimento de pacientes em coma e que tenha acompanhado ou realizado pelo menos dez determinações de morte encefálica, ou que tenha realizado curso de capacitação para determinação de morte encefálica; um dos médicos especificamente capacitado deverá ser especialista em uma das seguintes especialidades: medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, neurologia, neurologia pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência e nenhum desses médicos poderá fazer parte da equipe de transplante.

O intervalo mínimo entre as duas avaliações clínicas por faixa etária deve ser: de sete dias a dois meses incompletos – 24 horas; de dois meses a 24 meses incompletos – doze horas e acima de dois anos – uma hora. Além disso, um teste de apneia realizado.

Ressalta-se a obrigatoriedade de um exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. Este exame deve comprovar: ausência de perfusão sanguínea encefálica, ou ausência de atividade metabólica encefálica ou ausência de atividade elétrica encefálica.

Essa normatização visa permitir a doação de órgãos e, quando não for possível, retirar o suporte de vida desses pacientes considerados mortos. A comunicação para as equipes de captação de órgãos é compulsória. Se a doação for impossível, o médico deve suspender o suporte vital. A retirada de inotrópicos e da ventilação mecânica é apoiada

legalmente e deve ser realizada pelo intensivista após comunicação à família.

De forma semelhante a outros países, as condutas médicas não são uniformemente adotadas, inclusive apresentando diferenças regionais. Consequentemente, o suporte vital desnecessário é ofertado a indivíduos já mortos, existindo ainda um modesto envolvimento das UTIs com doações de órgãos.²⁶

ASPECTOS ÉTICOS

Muitas vezes, os conflitos morais que surgem no campo da medicina estão na tensão entre os imperativos deontológicos (por exemplo, o respeito pela dignidade das pessoas ou a proibição de matar) e as considerações consequencialistas (como cuidar da qualidade de vida ou evitar danos a outros). Os conflitos que têm a ver com a retirada e transplante de órgãos, de onde vem, o que é para salvar vidas sem violar a integridade e os interesses dos doadores, paradigmaticamente expressa tais tensões. Em todos os países do mundo, o número de pacientes inscritos nas listas de espera para transplante aumenta sem um aumento correspondente no número de doadores para responder a demanda. Muitas das implicações éticas de transplante de órgãos são causados por esta carência.

De modo geral pode-se dizer que os problemas bioéticos mais frequentes associados transplante de órgãos são:²⁷ O problema da justiça

²⁶ LAGO, P. M.; PIVA, J. *et al.* Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. **J Pediatr** (Rio J). 2007;83(2):133-140.

²⁷ RODRÍGUEZ-ARIAS, D. **Muerte cerebral y trasplantes de órganos aspectos internacionales y éticos.** Universidad de Salamanca - Facultad de Filosofía Departamento de Historia del Derecho y Filosofía Jurídica, Moral y Política; Université Paris Descartes - Faculté de Médecine, Laboratoire d'Éthique Médicale, 2008.

distributiva entre o benefício de políticas de transplante e os custos envolvidos. Os recursos devem ser utilizados para salvar ou prolongar a vida de uma pessoa, quando (pode-se argumentar) poderiam ser mais eficientemente alocados para salvar a vida de muitas pessoas.

O respeito pela autonomia do doador e tipo de consentimento necessário para a remoção de órgãos. No campo da doação de cadáver, os modelos mais comuns são o consentimento presumido, se o paciente simplesmente não se opôs e a família ou se o doador tenha expressado o desejo de doar. No caso de doação em vida, é necessário o consentimento explícito, livre e informada, e uma das questões mais frequentemente levantadas neste contexto é a existência ou ausência de coerção sobre o doador, ao doar um rim a um parente, por exemplo.

A distribuição de órgãos é um problema resultante da dificuldade de distribuir de forma justa um recurso escasso. De todas as pessoas que precisam de um órgão para sobreviver ou melhorar sua qualidade de vida, questiona-se qual o alvo prioritário: o mais longo no tempo da espera; quem precisa mais do transplante; os que possuem tecidos que lembram mais os do doador e, portanto, são mais prováveis de serem beneficiados pelo transplante; os que estão em hospitais mais próximos; pessoas que têm mais oferecer para a sociedade é que devem ser transplantadas; existe algum tipo de doente que não deve ser uma prioridade para um órgão; devem ser excluídos como candidatos a doadores de órgãos quem se recusa a ser; um alcoólatra deve receber um fígado somente se quebrar o seu consumo de álcool; e sobre os idosos, e sobre os criminosos, e sobre os estrangeiros, e os suicidas?

Na doação em vida a remoção de um órgão de alguém saudável é uma prática maléfica. No entanto, os rins doados em vida são, em alguns casos, a única possibilidade de pacientes na lista de espera para deixar a diálise e aumentar a sua expectativa de vida. A ausência de um benefício

para o indivíduo doador requer que a medicina procure minimizar o risco para o doador e para assegurar a liberdade de consentimento. Portanto, fica a questão de como uma criança pode ser doadora de órgãos em vida ou uma pessoa com uma limitação de capacidade mental. Na doação em vida, o anonimato entre o beneficiário e o doador não é preservada (ao contrário do que acontece com a doação de cadáver) e coloca outros problemas: se o doador pode escolher o destinatário; se necessariamente deve oferecer o órgão a um parente ou amigo próximo; ou se pode ser atribuído a um estranho e assim se pode ocorrer uma troca econômica entre o doador e o receptor.

No xenotransplante, o transplante de órgãos de animais (como porcos ou chimpanzés) são propostos como uma possibilidade futura para aliviar a crescente procura de órgãos. Esta técnica gera todas as dúvidas levantadas para qualquer procedimento médico experimental. Mas caso os problemas técnicos sejam resolvidos (excluindo a possibilidade de transmissão de doenças inter-espécies ou problemas de rejeição) continuarão a considerar-se outras questões como a legalidade do uso de certas espécies de animais; ou a decisão sobre quem deve receber órgãos de animais e quem deve receber órgãos humanos; ou ainda, os direitos dos próprios animais.

A definição de morte humana e critérios médicos cujo cumprimento é necessário para ser eticamente aceitável a realização de extração de órgãos vitais.

CONCLUSÃO

Parece claro que a dificuldade de identificar o momento exato em que a morte ocorre não tem nada a ver com um problema de

conhecimento, mas sim um problema com o que Gervais²⁸ chamou de decisão. A tentativa de descobrir o momento exato que causa a morte biológica é ilusória. O que importa não é determinar o momento exato em que as pessoas mudam de vivos para mortos, mas sim perguntar se para salvar outras vidas é aceitável remover órgãos de pacientes gravemente doentes, cujo estado vital não pode vir a ser provado cientificamente. A regra do doador morto tem grande importância simbólica, pois provocar a morte de um ser humano deliberadamente entra em desacordo com a concepção deontológica da santidade da vida. Talvez, depois de décadas de violações da regra do doador morto, o público possa ser mais realista e receptivo a uma discussão franca sobre os problemas reais morais em questão de como o sistema médico trata corpos perto do fim da vida.²⁹

²⁸ GERVAIS, K. **Redefining Death**. New Haven, Yale University Press, 1986: Cap. 2.

²⁹ YOUNGNER, S. J.; ARNOLD, R. M. Philosophical Debates About the Definition of Death: Who Cares? **Journal of Medicine and Philosophy**. 2001, Vol. 26, No. 5, pp. 527±537.

A MEDICINA DE DADOS: O OCASO DA CLÍNICA¹

Luiz Vianna Sobrinho

A medicina está prestes a passar por seu maior abalo na história [...] porque, pela primeira vez, podemos digitalizar humanos²
Eric Topol

Vamos nos aproximando cada vez mais de nosso tempo presente. A partir das considerações que fizemos em texto anterior³ – sobre o que julgamos ter sido um equívoco epistemológico a postura do Movimento Sanitário frente às ciências médicas e à prática da medicina – passamos pela tentativa de dar uma visão panorâmica das últimas décadas, onde defendemos a percepção de três momentos caracteristicamente distintos desta prática e da concepção da medicina: aquele com predomínio do modelo de prática liberal que percorreu o século XX;⁴ o que sobreveio com as transformações das relações de trabalho e com a chegada do boom tecnológico na segunda metade deste século;⁵ e o momento especial na virada para o século XXI, que recebeu a implantação da Medicina Baseada em Evidência (MBE) e agora a sua captura pelo movimento da Medicina

¹ Este texto faz parte do trabalho de pesquisa desenvolvido para a tese de doutoramento em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva do PPGBIOS-UFRJ/UERJ/UFF/ENSP-FIOCRUZ.

² TOPOL, E. **Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care.** New York: Basic Books, 2013.

³ SOBRINHO, L. V. Além da Crítica à Biomedicina – A Escolástica Sanitária. O Esgotamento de um Modelo Pseudo-Científico. In: **Caminhos da Bioética** – Volume 1, por Castro, J. C.; Niemeyer-Guimarães, M. (org), 102-119. Teresópolis: Unifeso, 2018.

⁴ FREIDSON, E. **Profissão Médica** - um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

⁵ SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho.** Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

Baseada em Valor (MBV).

Deixemos estabelecido, logo de início, o que entendemos ser esse movimento de captura da MBV que descrevemos anteriormente: a abordagem do valor com uma perspectiva consequencialista,⁶ diferentemente da visão principialista outrora adotada,⁷ serve mais aos interesses econômicos-administrativos de um modelo de assistência médica agora dominado por novas formas do desenvolvimento do mercado de saúde na economia capitalista, notadamente o modelo financeiro.^{8,9} A gestão, trazendo para as metas aquilo que estava sedimentado como princípio – o valor – assume o controle, com chancela científica e moral, sobre a condução das decisões e da própria disciplina médica. A gestão corporativa – dos atores que participam do mercado de saúde onde a medicina é praticada e oferecida como um serviço – se une e se embaralha à gestão clínica, num processo de simbiose que não mais os distingue, e também não distingue outra possibilidade de valor que não sejam aqueles de caráter objetivo que vão compor as metas clínico-financeiras de médicos e gestores.

Nesse ponto, torna-se fundamental, para que tudo se adeque à liquidez e fluidez da cultura do capitalismo financeiro,¹⁰ numa única linguagem que possibilite a dinâmica dos processos dessa gestão clínico-financeira dos resultados médicos, que adotemos uma única matriz básica para compor todos esses processos – como uma arché, aos moldes do que

⁶ PORTER, M; TEISBERG, E. **Redefining Health Care**. Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

⁷ FULFORD, K. W. M. “Ten Principles of Values-based Medicine.” In: **The Philosophy of Psychiatry: a Companion**. por J (ed.) Radden, 205–234. NewYork: Oxford University Press, 2004.

⁸ SOBRINHO, L. V. **Medicina Financeira: A ética estilhaçada**. Rio de Janeiro: Garamond, 2013.

⁹ SESTELO, J. **Planos de Saúde e dominância financeira**. Salvador: EDUFBA, 2018.

¹⁰ GRÜN, R. A dominação financeira no Brasil contemporâneo. **Tempo Social**, 2013: vol. 25: 179-213.

buscava a filosofia pré-socrática.¹¹ E esse ponto em comum para a gestão financeira e a nova medicina subordinada à lógica do valor é o dado. O dado, como uma única estrutura objetiva – a partir da nova leitura das ciências médicas no contexto da revolução que a tecnologia de informação (TI) e inteligência artificial (IA) anunciam¹² – que possa transitar sem perdas ou impedimentos, diretamente das raias da gestão corporativa até os processos correlatos na gestão clínica.

A Medicina Baseada em Valor será o modelo de gestão a ser desenvolvido, apoiado na inovação da medicina dentro da perspectiva econômica do capitalismo financeiro, a partir da substituição de todo o referencial anátomo-patológico que fundamenta ontologicamente a medicina do nosso tempo pelo dado científico – e subsunção deste ao dado geral do sistema.

O NASCIMENTO DA CLÍNICA

Para a medicina científica moderna, em todas as fases de que tratamos até agora, a clínica permanece como a sua marca temporal.

Por estar fora do escopo deste trabalho, dispensaremos uma revisão histórica das concepções anteriores de modelos epistemológicos para a prática médica. Como necessidade central para o nosso argumento, principiamos pelo “*comentário*” de Foucault ao modelo de medicina que chegou até os nossos dias, e que será assim a nossa marca. “A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII”.¹³ A medicina estruturada a partir da clínica, um modo propedêutico, por assim dizer, de ligação do médico ao paciente em busca dos achados referentes à patologia, estando esta sediada na anatomia. Este

¹¹ ABBAGNANO, N. **Historia de la filosofía**. Barcelona: HORA, 1994.

¹² TOPOL, E. **Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care**. New York: Basic Books, 2013.

¹³ FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

será o modelo que seguirá pela modernidade até o nosso tempo.

O que vem a ser *clínica*... certamente que não podemos ficar restritos à clássica interpretação etimológica do termo, onde se define apenas a ação de inclinar-se para o paciente;¹⁴ senão à complexidade de um conjunto de técnicas de auscultar, tocar, percutir, cheirar, palpar, pressionar, observar, olhar, mas sobretudo para traduzir estes signos.¹⁵ Podemos dizer que a técnica semiológica será tão fundamental para a descoberta verdadeira do problema médico, que faz parte e propriamente compõe a construção do conhecimento e raciocínio clínico para o pensamento da moléstia. Essa sensibilidade que vai sendo ensinada, treinada e exercitada na prática da medicina é parte integrante e fundamental na construção do seu resultado imediato, que é o juízo clínico. Devemos deixar esse ponto bem claro, pois será imprescindível para que se entenda o que propriamente estava nascendo, como *clínica*; um modelo de ação que definia um modelo de pensar. Em outras palavras, o raciocínio clínico é definido pela conformação das particularidades do ato clínico, da prática clínica – a forma como o médico aborda o paciente em busca dos sinais e sintomas das patologias.

Esse modelo que se instaura a partir das transformações do Iluminismo nas ciências dos sécs. XVIII e XIX vai nos estabelecer, nas palavras de Foucault, uma conformação de uma nova estética¹⁶. Sairemos do método anterior do “*olhar do intelecto*”, de reflexão sobre a “pureza não modificável das essências”, das entidades nosológicas, para um “olhar da sensibilidade concreta, um olhar que vai de corpo em corpo, cujo trajeto inteiro se situa no espaço da manifestação sensível. Para a clínica toda

¹⁴ A *clínica* é, em sua origem, uma atividade que se exerce junto ao paciente acamado – *klinike*, em grego. Ver *Online Etymology Dictionary*, <https://www.etymonline.com/>. Acesso em 20/08/2019.

¹⁵ BERLINCK, M. T. "O método clínico". *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 2008: v. 11, n. 2, p. 191-194, junho.

¹⁶ FOUCAULT, M. *Op. cit.*, 2004.

verdade é verdade sensível¹⁷.

O modelo epistêmico baseado nessa nova estética vai depender e definir – pois é importante notar como ele assim nos sinaliza o que são as prescrições de “regras para o exercício” – um *ethos* médico que se caracterizará daqui em diante notadamente por esse próprio apuro. A arte médica será a da sensibilidade de perscrutar no corpo, nas suas possibilidades de expor os sintomas, um conjunto de signos e de inseri-los no modelo hipotético-dedutivo da racionalidade da clínica.

Fica-nos muito claro como esse modo permanece ao longo de todo o século XX, apesar de toda a transformação da prática liberal, da evolução tecnológica e da radicalização dos controles da gestão, mesmo com a perda da autonomia a que já nos referimos anteriormente. Ainda permanece como núcleo duro, sob qualquer análise ou enfoque epistêmico, a estrutura da anatomia-patológica como a base para o conhecimento da doença; ainda um mesmo paradigma para uma medicina que evolui historicamente.

Essa permanência é admitida mesmo por Foucault, em palestra em nosso meio, já na década de 1970.¹⁸ Ele reafirma os quatro maiores processos que estruturaram a medicina a partir das décadas finais do século XVIII: a autoridade médica, não só como vinculada ao saber, mas como uma autoridade incorporada de poder do Estado, uma autoridade social; a transformação do papel do hospital, como *locus* paradigmático para o ensino e prática da medicina, cada vez mais uma prática coletiva; o surgimento de um espaço para a intervenção da medicina, além da doença, como o ar, os esgotos, os terrenos, enfim o que hoje tratamos como saúde ambiental; e, por fim, o início da gestão médica, com a chegada de

¹⁷ FOUCAULT, M. *Op. cit.*, 2004.

¹⁸ Essa conferência de Michel Foucault foi ministrada no ano de 1974, no Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo transcrita e publicada originalmente em espanhol. FOUCAULT, M. “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. *Educación Médica y Salud*, 1976: Vol-10, nº2.

mecanismos de controle e estatísticas de dados.¹⁹

E passa, então, a demonstrar como uma nova característica o fato dessa medicina moderna não ter mais “campo exterior”, no que Foucault vai explicitar como medicalização da sociedade no seu conceito de “economia política da medicina”.²⁰

Embora admitindo que não seja um fenômeno totalmente recente, já tendo sido amplamente explanado na análise dos modelos de controle social da medicina de Estado nos séculos XVIII e XIX, principalmente, no que tange à economia, para a manutenção e reprodução da força de trabalho.²¹ Agora, já estaríamos falando na capacidade da medicina, por si, de produzir diretamente riqueza pelo fato da saúde ser algo que relacione o desejo de uns com o interesse de lucro de outros. Nas palavras de Foucault:

Tendo-se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns — laboratórios farmacêuticos, médicos etc. — e consumido por outros — os doentes potenciais e atuais —, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado.²²

Nessa palestra vemos então que, já inserido em nosso tempo, ele volta a reafirmar a questão central da base epistêmica da medicina moderna como sendo a inscrição anatomopatológica da doença, mas amplia seu arcabouço de atuação, expandindo o campo da medicina para além do corpo e da própria questão específica da doença, para assumir a prevenção e controle das anomalias e do normal. Como um vaticínio para os nossos tempos, talvez ele tenha nos deixado um alerta ao dizer que “desde o momento em que o corpo humano entra no mercado por

¹⁹ FOUCAULT, M. “Crise da medicina ou crise da antimedicina”. **Verve**, 2010: vol.18: 167-194.

²⁰ *Idem*.

²¹ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

²² FOUCAULT, M. “Crise da medicina ou crise da antimedicina”. **Verve**, 2010: vol.18: 167-194.

intermédio do consumo de saúde, aparecem vários fenômenos que causam disfunções no sistema da saúde e da medicina contemporânea”.²³ Em uma fala claramente direcionada a Illich e aos que pregavam a “antimedicina” (como de fato se intitula o próprio artigo), o que atribui a um ingênuo “*bucolismo*”, Foucault nos deixa com a tarefa de compreender como o modelo de desenvolvimento econômico europeu do século XVIII e XIX determina o modelo de medicina europeia que herdamos,

que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar este modelo.²⁴

O que nos ocorre, então, como instrumento propedêutico dessa medicina contemporânea, que agora abarca toda a sociedade? Como ainda considerar a *clínica* – aquela responsável por perscrutar e investigar os corpos – como capaz de dar conta de uma medicina que se estendeu para além desses corpos? Onde está a doença da medicina contemporânea? Será a *clínica* ainda suficiente e o que caracteriza a formação e a ação médica?

A CLÍNICA E A DOENÇA

A prática médica e das demais instâncias sanitárias vêm de longa data sendo questionadas e comentadas frequentemente a partir de um pressuposto enquadramento que depende das definições e concepções de saúde e doença. Diretamente, desde a sua própria definição, a medicina, como “*a arte de curar*” – da forma verbal do latim “*mederi*”²⁵ – será

²³ *Idem.*

²⁴ *Idem.*

²⁵ Ver *Online Etymology Dictionary*, <https://www.etymonline.com/>. Acesso em 20/08/2019.

direcionada para a doença, ou para trazer de volta a saúde. Essa disposição ou necessidade de atuação, especificamente para o médico, torna necessária uma concepção teórica do que seria a doença, para que se justifique moral e socialmente o seu campo de ação.

A questão a ser definida, no entanto, o que consideramos doença e saúde, passa a ser o ponto de maior dificuldade. E as variações que ora encontramos nos demonstram que não se trata apenas de uma questão de evolução científica ou tecnológica.

Doença, desordem, moléstias são termos que muitas vezes empregamos de forma genérica e quanto mais os admitimos em aspectos similares próximos do senso comum, mais dificuldade teremos em questionar os excessos da medicalização da nossa vida social. Logo, torna-se necessário um exame mais cuidadoso do conceito. Por outro lado, a saúde, da mesma forma, quase que naturalmente se admite uma abstração acomodando-se sua definição na forma negativa da ‘ausência de doença’. No entanto, a sua materialização e objetivação mais recente, a partir do desenvolvimento crescente da cultura de prevenção e da política de risco, praticamente tornaram os limites mais confusos e, por vezes, mesmo contraditórios.^{26,27,28}

Para além de definições mais primitivas e antigas do conceito de doença, a medicina da modernidade se estabelece e atravessa o século XX com uma variada referência à *norma*. A medicina passa a entender a doença com vários olhares sobre uma normatividade alterada, seja através de desvios, ou a partir da reatividade do nosso próprio corpo.²⁹ O equilíbrio

²⁶ SKRABANEK, P. **The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism**. Suffolk, GB: The Social Affairs Unit., 1994.

²⁷ CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET DIAZ, C. **A Saúde Persecutória**. Os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

²⁸ CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o Risco**. Uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

²⁹ CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

que encontramos na nossa fisiologia se contrapõe ao desequilíbrio das reações aos danos que observamos nas agressões por agentes externos, nas anomalias de ordem genética, nos ferimentos e nas desordens funcionais causadas pela grande maioria das enfermidades. O que nos desvia da norma, sob o olhar da medicina contemporânea, grosso modo nos conduz ao estudo da fisiopatologia – no substrato da anatomia-patológica.

De alguma forma, nesse sentido, fica quase impossível definir as doenças se não passarmos antes pelos parâmetros e exemplos de uma constituição dada como normal, seja ela anatômica (no fenótipo, tissular ou genética) ou mesmo funcional. Assim, num argumento circular, estaríamos de volta a um conceito de normalidade da saúde que traria dificuldades de enquadramento e questionamentos em situações diversas. Um essencialismo posto assim, conseqüentemente nos confrontaria visões em torno de uma concepção naturalista, estritamente biológica da doença, com aquelas mais valorativas e cambiantes, de caráter normativista.

Em extensa revisão sobre o tema em nosso meio,³⁰ Hegenberg nos introduz ao debate dos enfoques mais contemporâneos das concepções de doença.³¹

Antes mesmo de uma excelente revisão da evolução e

³⁰ Notadamente, o texto de Leonidas Hegenberg – *Doença, um estudo filosófico* – publicado em 1998 pela Editora Fiocruz, aparentemente passa ‘em branco’ pelo pensamento acadêmico da nossa medicina sanitária, apesar de apresentar uma valiosa e rigorosa revisão das concepções de doença e saúde, desde a antiguidade até os enfoques mais atuais. As teorias de Christopher Boorse, Karl Rothschuch, Caroline Whitbeck e Sadegh-Zadeh são discutidas e comparadas minuciosamente em suas especificidades. Podemos pensar que aparentemente ainda predomina a revisão crítica normativa da concepção de Canguilhem. Isso pode ser percebido pela publicação, mesmo anos mais tarde, de outra revisão em artigo mais conciso, de uma de nossas escolas de saúde coletiva, onde a concepção da *Teoria Bioestatística* de Boorse é apresentada como inédita e desconhecida no nosso meio acadêmico. ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. “Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse”. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2002: vol.7 no.4.

³¹ HEGEMBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

transformação deste conceito ao longo da história da filosofia e da medicina, o autor nos apresenta a imagem que Karl Rothschuh propõe para a estrutura relacional complexa que a caracterização da doença necessita³². Em um diagrama na forma clássica do tetraedro, na base triangular teríamos o *doente* (d), o *médico* (m) e a *sociedade* (s). No ápice desta pirâmide triangular teríamos a *doença* (D). (Fig.1)

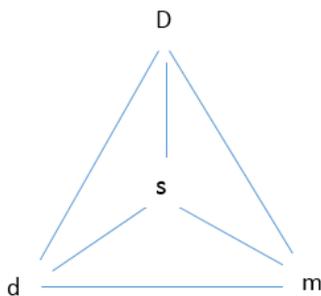


Fig. 1 – Adaptado de Hegemberg.

Comentando a imagem de Rothschuh, ele passa ao entendimento de que a doença se dispõe inescapavelmente em uma relação de complexidade entre aquele que necessita de ajuda, que é o *doente*, e o *médico*, mas também com a *sociedade*. Nesse sentido, necessidades subjetivas, sociais e clínicas, terão influências físicas, psíquicas ou psicofísicas. E os resultados podem advir da complexa rede de possibilidades da relação do doente com o médico, do doente com a sociedade em que vive, do médico com esta sociedade e até mesmo do doente consigo mesmo, a partir do momento em que se coloca na condição doentia³³. As possibilidades de

³² HEGEMBERG, L. *Op. cit.*

³³ Sobre esta última já chamava a atenção o clássico comentário de Talcott Parsons (FREIDSON, E. **Profissão Médica** - um estudo de sociologia do conhecimento aplicado.

conflitos elencados pelo autor nesse ponto nos deixa clara a dimensão do problema, como a redefinição da autonomia do doente, a permanência exacerbada do poder médico, a chegada constante de novas tecnologias, e a quase que onipresença do interesse em retirada de lucro no sistema econômico em que se insere a medicina e as questões da saúde.³⁴

No entanto, embora isso não tenha sido explorado de forma direta nesse texto por Hegemberg, gostaríamos ainda de utilizar o mesmo diagrama para uma importante observação; até mesmo essencial para a discussão que ora nos propomos.

O que pode também ser demonstrado nesse esquema de inter-relações complexas é que talvez fosse mais prudente de nossa parte, admitir que coexistem, ao mesmo tempo, concepções de doença que são distintos e inconciliáveis. Não porque haja conceitos distintos para autores mais ligados ao modelo naturalista da *Teoria Bioestatística* de Boorse³⁵ ou que o critiquem,^{36,37} ou ao *normativismo* de Nordenfelt e outras propostas teóricas.^{38,39} Mas o que esse diagrama, de forma bem clara, nos alerta é que os modelos de doença discutidos pelos filósofos da medicina estarão inseridos em uma concepção de medicina teórica e a falta de um mesmo conceito unívoco de doença terá consequências já na concepção teórica da medicina (nesse ponto concordamos com Hegemberg). No entanto, para além deste ponto, devemos também atentar para o fato de que a medicina prática nunca fora restrita a um único modelo e ainda hoje assim

São Paulo: Editora UNESP, 2007).

³⁴ HEGEMBERG, L. *Op. cit.*

³⁵ SCHRAMME, T. Christopher Borse and the Philosophy of Medicine. **J Med Philosophy**, 2014; 39: 565-571.

³⁶ ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. *Op. cit.*

³⁷ WAKEFIELD, J. C. The Biostatistical Theory Versus the Harmful Dysfunction Analysis, Part 1: Is Part-Dysfunction a Sufficient Condition for Medical Disorder?. **J Med Philosophy**, 2014; 39: 648–682.

³⁸ HEGEMBERG, L. *Op. cit.*

³⁹ KINGMA, E. Naturalism about Health and Disease: Adding Nuance for Progress. **J Med Philosophy**, 2014; 39: 590–608.

permanece.

Se observarmos a evolução da medicina em seus tempos e *locus* de atuação descritos por Foucault, desde os séculos XVI e XVII, até o formato propriamente moderno, na passagem do século XVIII ao XIX, veremos que a espacialização do hospital se torna característica para o modelo como um todo e predomina na atenção coletiva, mas permanecerá vigente a medicina do atendimento domiciliar nas práticas privadas^{40,41}. Ou seja, apesar de um novo modelo, o arranjo entre médicos e pacientes em vários momentos responde a outras influências.

A aceitação de situações como a presença de doença em indivíduos saudáveis, o caso da soropositividade para o HIV, anomalias anatômicas sem disfunções como o *situs inversus*, mutações genéticas benignas ou mesmo protetoras⁴² além de figurarem como contraexemplo na disputa entre teorias filosóficas,⁴³ permanecem com a possibilidade de diferentes leituras entre o médico e o paciente. Hegemberg nos atenta ao fato de que cem anos atrás ninguém se dedicaria a consertar uma dentição torta.⁴⁴ Isso também ocorre com mudanças recentes, como a exclusão da homossexualidade do Código Internacional de Doenças pela Organização Mundial de Saúde na década de 1990,⁴⁵ e os recentes embates políticos em nosso país para a sua reinclusão no rol de patologias a serem abordadas pelos psicólogos, com a perspectiva de cura.⁴⁶

Outro ponto importante se dá na área da saúde mental, onde a posição privilegiada do sujeito não só na figura de um presumido doente,

⁴⁰ FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

⁴¹ FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

⁴² Sobre esse ponto, observar os trabalhos recentes que revigoram o conceito de eugenia (Mukherjee 2018).

⁴³ WAKEFIELD, J. C. *Op. cit.*

⁴⁴ HEGEMBERG, L. *Op. cit.*

⁴⁵ Ver http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/05mai_16_lgbt.html . Acesso em 12/8/2019.

⁴⁶ RIOS, R. R.; e cols. Laicidade e Conselho Federal de Psicologia: Dinâmica Institucional e Profissional em Perspectiva Jurídica. **Psicol. cienc. prof.**, 2017: v. 37, n. 1, p. 159-175, Jan.

mas também como o campo da doença, deixa a este quase que um domínio sobre a presença ou não do que se possa definir como patológico. Quanto ao médico, percebemos que a natureza específica do transtorno mental traz a este uma clara dificuldade em definir seu limite ontológico, justamente pela não adequação em inseri-lo plenamente no modelo vigente da anatomia-patológica – apesar de todo o esforço em se *neurologisar* a mente.^{47,48,49} Não é à toa que Boorse deixa reservas quanto à aplicação do seu modelo nesse campo.⁵⁰

Na medicina prática, então, mirando esse diagrama, vemos que o 's' de *sociedade* deve cada vez mais se sobrepor como balizador para os interesses dos doentes, como indivíduos de crescente autonomia. Uma autonomia que surge na expectativa de empoderamento para direitos, mas que também se torna propícia a ser explorada para o consumo. Igual força temos assistido no controle da atividade médica, pelos mecanismos de gestão e condução da economia da saúde.⁵¹ Em ambos os lados, as transformações no modelo econômico que se desenvolveu nas últimas décadas vêm influenciando cada vez a concepção de saúde e doença, assim como a de cuidado e consumo.

Ou seja, o diagrama pode também nos demonstrar que, para além do dissenso teórico entre os filósofos sobre o conceito de doença – com consequências na medicina teórica, talvez os médicos tenham seu próprio conceito de doença, que por sua vez se distingue também do conceito de doença dos pacientes. Apesar de toda a determinação que o debate

⁴⁷ AMARANTE, P. Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**, por S (org) Fleury. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

⁴⁸ BEZERRA JR, B. Um Apelo à Clínica: Nem o Respaldo da Norma, Nem o Extravio na Dor. **Caderno de Saúde Mental**, 2007: Belo Horizonte, pag. 21.

⁴⁹ GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Rev. Latinoam. Psicopat.** Fund., 2014: 17(4), 911-924, dez.

⁵⁰ BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, 1977: 44:542-573.

⁵¹ SOBRINHO, L. V. Saúde Baseada Em Valor: Custo, Qualidade e Satisfação do Paciente. In: **SUS: valor, efetividade e saúde**. OCKÉ-REIS, C. (org). OPAS/PAHO, 'no prelo'.

filosófico empenha para acomodar casos e exceções de anomalias... e disfunções... e deficiências... e desvios, num modelo teórico de doença que não tenha arestas, na medicina prática o arranjo de concepções se dará certamente nos acertos sociais entre os médicos e a sociedade, ou os *doentes*. A cultura vigente poderá conduzir a concepção de médicos e pacientes para um lado mais subjetivo se predominarem os interesses dos pacientes guiados, por exemplo, por desejos estéticos. Tamanhos de mamas e pálpebras, ou alterações no formato do nariz, podem entrar no âmbito da atuação da intervenção médica sem preencherem os critérios definidos por Boorse para o conceito de *disease* – ou patologia, em definição teórica – por não apresentarem anormalidade cientificamente objetiva nem alteração funcional. No entanto, poderiam já ser aceitos como *illness* – o conceito mais subjetivo de enfermidade – pela própria caracterização de possível sofrimento e inadequação social que conduz milhares de indivíduos à cirurgia estética; nesse ponto estaríamos caracterizando a diferença entre os conceitos teóricos e práticos da medicina.⁵²

Assim, também podemos observar como as recentes transformações práticas advindas da Medicina Baseada em Valor (MBV), com o enquadramento terapêutico de um paciente individual em um modelo pré-estabelecido por métricas de eficiência retiradas de experiências em grupos populacionais, responde a um enfoque totalmente objetivo.⁵³ E justamente nesse ponto é que discordamos da percepção de Almeida Jr. e Jucá, pois consideram paradoxal a postura do naturalismo de Boorse, que defende como essenciais somente a biologia e a patologia, como base teórica para a conceituação de saúde-doença. Na opinião desses autores, esse tipo de naturalismo estaria em discordância com as

⁵² BOORSE, C. A Second Rebuttal On Health. **J Med Philosophy**, 2014: 39: 683–724.

⁵³ SOBRINHO, L. V. *Op. cit.*

formas históricas de naturalismo na medicina, francamente apoiadas na atividade clínica; o modelo de Boorse, ao contrário, desloca a fonte de referência de eficácia da biomedicina para a demonstração experimental e seria mais adequado às fundamentações da Medicina Baseada em Evidência (MBE).⁵⁴ Percebemos que a opção desses autores, sendo críticos também ao próprio modelo de biomedicina, se direciona a uma abordagem mais normativista e penetrável por conceitos de doença com “componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos”. Embora não julgemos aqui a crítica desses autores pelo mérito filosófico⁵⁵ de cada linha teórica, ressaltamos que foi justamente a congruência do naturalismo “*a la Boorse*” ao desenvolvimento da MBE e da MBV que manteve o vigor de sua teoria até os nossos dias.^{56,57,58} E esse é um ponto fundamental para seguirmos em nossa demonstração.

Para o filósofo Paul Ricoeur, em reflexão do final do século XX sobre a medicina, o primeiro dos três paradoxos do contrato de relação entre o médico e o paciente se deve ao fato de que “a pessoa humana não é uma coisa e, todavia, o seu corpo é uma parte da natureza física observável”.⁵⁹

Dentro dessa perspectiva de uma inescapável realidade biológica subjacente, serão as duas principais categorias do naturalismo de Boorse que pensamos apoiar a concepção da relação saúde-doença para a medicina atual: o funcionamento biológico normal; e a noção de normalidade estatística. Esse funcionamento normal que caracteriza cada

⁵⁴ ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. *Op. cit.*

⁵⁵ E que pensamos esteja mais influenciado por um viés ideológico de política sanitária, como já discutimos em outro texto (Vianna Sobrinho 2018).

⁵⁶ SCHRAMME, T. *Op. cit.*

⁵⁷ HAUSMAN, D. M. Health and Functional Efficiency. **J Med Philosophy**, 2014: 39: 634–647.

⁵⁸ MATTHEWSON, J.; GRIFFITHS, P. E. Biological Criteria of Disease: Four Ways of Going Wrong. **J Med Philosophy**, 2017: 2-20.

⁵⁹ RICOEUR, P. **Os Três Níveis do Juízo Médico**. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2010.

ser vivo em seu desenvolvimento pleno e que a ciência médica utilizaria para o balizamento do saudável; e isso em acordo com a normalidade estatística de cada classe de referências biológicas, buscando uma “organização funcional interna de uma estrutura fisiológica” que garanta a sobrevivência individual e a reprodução da espécie.⁶⁰

Em contraponto a essa concepção poderíamos citar as posições normativistas de autores como Fulford,⁶¹ Engelhardt⁶² e Nordenfeld,⁶³ muito mais propícias a uma aproximação de valores, onde a definição de saúde e doença é necessariamente valorativa e a demarcação entre o normal e o patológico necessitará de um juízo normativo sobre a condição do indivíduo. Nesses termos, devemos comentar novamente, foi concebido um novo modelo epistêmico para a medicina por Fulford,⁶⁴ posteriormente denominado *Prática Baseada em Valor*.⁶⁵

Quase que em um embate de matriz axiológica, no entanto, as ideias de Fulford encontram-se em posição diametralmente oposta à concepção de *Medicina Baseada em Valor*, desenvolvida na mesma época, e adotada pela medicina norte-americana, com grande difusão mundial nas últimas décadas.^{66,67} O ponto principal que difere neste modelo, se deve a um enfoque gerencial consequencialista do conceito de *valor*, tendo como meta as métricas de eficiência custo-efetividade na prática da medicina.

⁶⁰ BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, 1977: 44:542-573.

⁶¹ FULFORD, K. M. V. **Medicine and moral reasoning**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

⁶² ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. *Op. cit.*

⁶³ GAUDENZI, P. Normal e Patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfeld. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2016: 26 [3]: 747-767.

⁶⁴ FULFORD, K. M. V. Ten Principles of Values-based Medicine. In: **The Philosophy of Psychiatry: a Companion.**, por Radden, J (ed.). 205–234. New York: Oxford University Press, 2004.

⁶⁵ FULFORD, K. M. V.; PEILE, E.; CARROLL, H. **Essential Values-Based Practice**. Clinical Stories linking Science with People. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

⁶⁶ PORTER, M.; TEISBERG, E. **Redefining Health Care**. Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

⁶⁷ PORTER, M. E. What Is Value in Health Care? **N Engl J Med**, 2010: 363:26, Pag. 2477.

Como a participação da saúde na economia mundial atingiu um patamar nunca visto, e o sistema econômico vigente reflete na cultura social,⁶⁸ a concepção de MBV de Porter avançou nas últimas décadas, principalmente onde há maior participação da visão de mercado.⁶⁹ Nesse ponto, os dois outros paradoxos de Ricoeur poderiam ilustrar a situação atual da realidade onde se insere a medicina: primeiramente, que “a pessoa não é uma mercadoria, nem a medicina um comércio, mas a medicina tem um preço e tem custos para a sociedade”; e, por fim, que “o sofrimento é privado, mas a saúde é pública”.⁷⁰

Logo, a medicina atual, mais do que nunca, terá de ajustar seus critérios de saúde e doença para um modelo que possa ser aplicado e verificado na sua quantificação objetiva. O esquema nosológico de Boorse nos parece perfeito para a adequação teórica da doença na MBV. Estaremos, assim, chegando ao fim da validade do axioma valorativo de Canguilhem, quando definia que “é a própria vida, [...] que introduz na consciência humana as categorias de saúde e doença. Essas categorias são biologicamente técnicas e subjetivas e não biologicamente científicas e objetivas”.⁷¹

Para além do que já foi possível ao médico atingir no domínio da medicina, para além do que se consiga adicionar de valor advindo do sujeito e seu entorno; a ciência médica e a gestão estão muito próximo de um domínio autônomo da medicina, já que esta está cada vez mais próxima de se tornar totalmente objetiva.

E se que um dia um expoente da medicina contemporânea diga que chegou a hora de digitalizar humanos, será necessário que a medicina seja de *dados*.

⁶⁸ GRÚN, R. A dominação financeira no Brasil contemporâneo. **Tempo Social**, 2013: vol. 25: 179-213.

⁶⁹ Detalhamos essa discussão em outro trabalho (Vianna Sobrinho 'no prelo').

⁷⁰ RICOUER, P. *Op. cit.*

⁷¹ CANGUILHEM, G. *Op. cit.*

A MEDICINA DE DADOS

Há pouco mais de meio século a filósofa Hannah Arendt, em livro considerado sua principal obra, nos dá um tratamento peculiar sobre os perigos que rondam a condição humana.⁷² Deixando como tese central o fato de que pensar nesta condição, nesse momento da história, justamente se devia à possibilidade de se vislumbrar que esta estivesse ameaçada.

Já no impressionante prefácio desse texto, ao apresentar o esforço da ciência de sua época em “tornar artificial a própria vida”, Arendt nos aponta três sinais históricos que a fizeram desenvolver essa hipótese: o primeiro seria o desejo de sair da terra, manifesto nas comemorações e comentários na imprensa após o lançamento e permanência em órbita do primeiro satélite artificial; o segundo seria o anseio de interferir no nascimento, a partir da tentativa de criar a vida em uma proveta, com a possibilidade “de produzir seres humanos superiores”; e, por fim, a esperança de se prolongar a vida para além de cem anos. Esses aspectos de nossa vida, o nascimento, a morte e o nosso mundo, são as heranças seculares que recebemos e que marcam profundamente o que é a nossa condição, e que desejamos trocar por algo “produzido por nós mesmos”.⁷³

Hoje, a fundamental questão do nascimento, sob o ponto de vista em que primeiramente foi abordado esse problema pela filósofa, nos parece uma questão trivial. A inseminação artificial se tornou uma prática corriqueira, e o termo ‘fertilização *in vitro*’, ou o eufemismo ‘reprodução assistida’, tornaram mais elástica a aceitação do método desenvolvido pela ciência e já amplamente difundido em nossa sociedade.⁷⁴

⁷² ARENDT, H. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

⁷³ *Idem*.

⁷⁴ Interessante comparar os termos em que são apresentadas e se diferenciam a antiga Sociedade Brasileira de Reprodução Humana e a mais recentemente criada Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. Ver, respectivamente, <https://www.sbrh.org.br/> e <https://sbra.com.br/>. Acesso em 15/8/2019.

A melhoria das condições de vida pelo avanço sanitário do mundo urbanizado da segunda metade do século XX e a descobertas de novas tecnologias farmacológicas e terapêuticas deste mesmo período catapultaram a expectativa de vida para a proximidade do centenário nos países mais desenvolvidos. No entanto, a busca da imortalidade, ou pela vida além dos cem anos, tem conduzido a processos questionáveis na medicina ao final da vida,^{75,76} e na própria aplicação de métodos científicos questionáveis sobre o que pode ser a nossa morte.⁷⁷

Mas já há discussões que vão além, como a possibilidade de técnicas terapêuticas a partir da manipulação genética que ultrapassam os limites de segurança,^{78,79} e outras que intencionalmente retornam ao eterno e requeitado tema da eugenia.^{80,81} No plano teórico-filosófico, como fica claro e evidente em seu próprio termo, o *Transhumanismo* já trata de outra espécie, em outras condições.^{82,83}

⁷⁵ CAMARGOS, E. F. “A Doença tem Indicação de UTI, mas o Paciente não...”, *Caro Colega.* **Geriatr Gerontol Aging**, 2017: 11(4):156-7.

⁷⁶ SALES JR, J. A. L. **Reflexões Bioéticas Sobre o Morrer na Vigência do Paradigma Biotecnocientífico nas UTIs.** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PPGBIOS - Programa de Pós-Graduação em Bioética Aplicada e Saúde Coletiva, 2017.

⁷⁷ Entre inúmeras outras tentativas e buscas de eternidade, recentemente um milionário do Vale do Silício, Sam Altman, inovou ao anunciar que aguarda na fila de clientes de uma nova empresa chamada Nectome, que promete carregar o conteúdo de seu cérebro em um computador, para que sua consciência possa viver depois que ele morre (*ver* RICHARDS, A. Silicon Valley billionaire pays company thousands 'to be killed and have his brain digitally preserved forever. **The Evening Standard**, 15 de March de 2018: <https://www.standard.co.uk/news/world/silicon-valley-billionaire-pays-company-thousands-to-kill-him-and-preserve-his-brain-forever-a3790871.html>).

⁷⁸ CYRANOSKI, D.; REARDON, S. Chinese Scientists Genetically Modify Human Embryos. **Nature**, 2015: 22 abr.

⁷⁹ E os limites seguros, por fim, já foram ultrapassados (ver Vianna Sobrinho, L. Tecnologia CRISPR – Um Negócio da China? 30 de nov de 2018. <http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/tecnologia-crisp-um-negocio-da-china/> (acesso em 18 de ago de 2019).

⁸⁰ SAVULESCU, J. Procreative Beneficence: Why We Should Select the Best Children. **Bioethics**, 2001: v. 5, n. 6, p. 413-426.

⁸¹ MUKHERJEE, S. **O Gene, uma História Íntima.** São Paulo: Cia das Letras, 2018.

⁸² BOSTROM, N. The Future of Human Evolution. In: **Death and Anti-Death: Two Hundred Years After Kant, Fifty Years After Turing.** Tandy, C; Bostrom, N. 339-371. Palo Alto: Ria University Press, 2004

⁸³ VILAÇA, M. M.; PALMA, A. Limites biológicos, biotecnociência e transumanismo: uma revolução em Saúde Pública? **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., 2012.

No entanto, se recuperarmos o argumento central de Arendt à época da redação deste texto, vamos perceber que ele se inicia pelo espanto com a reação e os comentários relativos ao lançamento do primeiro satélite artificial colocado em órbita pelo homem. Deixar a terra passa a ser uma das principais metas que a ciência aponta à humanidade e que, para Arendt, abalaria um dos fundamentos da nossa condição humana. A declaração que a assusta demonstra alívio ante o “primeiro passo para libertar o homem de sua prisão na terra”. E ela atenta para o fato de que, embora banal, a frase é extraordinária, pois “ninguém na história da humanidade jamais havia concebido a terra como prisão para o corpo dos homens”.⁸⁴

E para onde foi esse desejo dos homens, da tecnociência do século XX, de deixar a terra?

Após as primeiras décadas preenchendo nossa órbita com satélites de todos os tipos e as sucessivas missões tripuladas à lua, e de exploração robótica a outros, o homem consegue atingir os limites do sistema solar mapeando sua anatomia. Uma realização comparada sempre às viagens do tempo do descobrimento; para alguns, uma façanha de tamanha complexidade, que fugiria ao leigo a dimensão deste feito⁸⁵. Mas poderíamos ainda comentar que a humanidade em geral continua almejando sair da terra? Assim como se cumpriram outros avanços da ciência em relação ao nascimento e morte, como a fecundação em provetas e o manejo genético ou de moléculas oxidantes para uma vida longa, podemos ainda dizer que os homens querem deixar a terra? Desistimos desse desejo? Ou já estamos deixando este mundo?

Sessenta anos após este sintoma anunciado por Arendt, o

⁸⁴ ARENDT, H. *Op. cit.*

⁸⁵ SAGAN, C. **Pálido Ponto Azul** - Uma visão do futuro da humanidade no espaço. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

especialista e teórico de mídia Douglas Rushkoff⁸⁶ nos conta uma história que seria assustadora para a filósofa, mesmo que somente pela sua possibilidade no imaginário ficcional.⁸⁷

Convidado para fazer uma conferência sobre o futuro da tecnologia num resort superluxuoso, se surpreende ao ser recebido em uma sala reservada, onde falará para apenas seis multimilionários do sistema financeiro. Após perguntas introdutórias sobre as tecnologias disponíveis, Rushkoff entendeu o que aquela pequena plateia queria saber naquela reunião, ao ouvir de um deles como deveriam se preparar para “o evento”.⁸⁸

O evento, nos explica Rushkoff, foi o eufemismo utilizado por seus cínicos interlocutores para designar o momento em que, nesse mundo já sem solução, “o desastre ambiental, a agitação social, a explosão nuclear, o vírus incontrolável ou os hackers-robôs destruirão a tudo”.⁸⁹ Além de dúvidas de cunho prático operacional – como a questão do dinheiro digital, sem valor, para o pagamento de guardas ou robôs que protegerão seus refúgios – a questão central da sua entrevista passou a gravitar em torno da utopia pós-humana. Em nenhum momento houve qualquer alusão às possibilidades que a tecnologia poderia oferecer na resolução de questões centrais da humanidade; nada sobre as mudanças climáticas, ou o aumento do nível do mar, as migrações em massa, as pandemias globais, ou o esgotamento de recursos. Interessados em temas como a viabilidade de se colonizar Marte, de se frear e reverter os processos de envelhecimento e, por fim, a verdadeira e real possibilidade de transferir

⁸⁶ Douglas Mark Rushkoff é professor de Teoria Midiática e Economia Digital da City University of New York, Queens College. Ensaísta e novelista, escreveu mais de uma dezena de livros sobre comunicação e economia no mundo digital.

⁸⁷ RUSHKOFF, D. Os ultra-ricos preparam um mundo pós-humano. **Outras Palavras**, 19 de nov de 2018: <https://outraspalavras.net/sem-categoria/os-ultra-ricos-preparam-um-mundo-pos-humano/>

⁸⁸ *Idem.*

⁸⁹ *Idem.*

suas mentes para supercomputadores, o que ali se desejava era saber como “transcender inteiramente a condição humana”; e para isso, toda a revolução do mundo digital e “o futuro da tecnologia tem a ver com uma única coisa: escapar”.⁹⁰

Percebemos então que, mais ainda do que controlar o nascimento com técnicas artificiais, ou dominar os processos de envelhecimento para retardar a qualquer custo a morte, a humanidade conseguiu mais precocemente cumprir a promessa de sair da Terra.⁹¹ Não da forma como se esperava, em roupas especiais, com potentes foguetes, com imenso custo de energia para vencer uma poderosa atração que tenta nos trazer de volta, onde apenas uns ou outros conquistariam esse privilégio; mas em uma nova roupagem do real, de forma contínua e ubíqua, utilizando pequeninos dispositivos, que nos mantém conectados e ampliados para a sensação de universalidade, onde todos permanecem nesse espaço.

É assim que saímos da Terra. Mas, como nos adverte Rushkoff, em total consonância com o texto de Hannah Arendt:

É menos uma visão da migração da humanidade para um novo estado do ser do que uma busca de transcender tudo o que é humano: corpo, interdependência, compaixão, vulnerabilidade, complexidade. Como filósofos da tecnologia vêm apontando há anos, a visão transhumanista reduz muito facilmente toda a realidade a dados, concluindo que humanos não passam de objetos processadores de informação.⁹²

A reflexão que nos traz esse autor sobre as previsões que a filósofa nos alertava há pouco mais de meio século, nos resume de forma concisa e suficiente o que milhares de textos, de dezenas de autores, já disseram sobre a chegada da transformação digital ao mundo humano.

Os termos que se sucederam durante as últimas décadas para

⁹⁰ *Idem.*

⁹¹ No que poderíamos repetir sua previsão de Hannah Arendt.

⁹² RUSHKOFF, D. *Op. cit.*, grifo nosso.

descrever a singularidade desse fenômeno estão bem representado no título que dá ao seu livro, em 2012, o médico Eric Topol, ao apresentar a nova medicina que se anuncia: *A Destruição Criativa da Medicina – Como a revolução digital criará um melhor cuidado de saúde*.⁹³

Eminente cardiologista norte-americano desde as décadas de 1980 e 1990, líder no desenvolvimento e ensino relacionado ao estrondoso avanço desta especialidade e de técnicas intervencionistas^{94,95}, com intensa publicação de sua produção de pesquisa, Topol foi uma das grandes referências profissionais estando à frente da renomada *Cleveland Clinic* por mais de uma década. Após envolver-se em uma disputa com o poderoso laboratório farmacêutico Merck, denunciando os riscos cardiovasculares de um de seus produtos mais lucrativos⁹⁶ – o anti-inflamatório celecoxibe (Vioxx®) – acaba sendo obrigado a deixar a instituição. Mas, voltando-se ao modelo de medicina de precisão ou individualizada, francamente baseado no ramo de pesquisa que passa a se dedicar, a genômica⁹⁷, desponta novamente como um dos mais influentes pesquisadores das ciências médicas de seu tempo⁹⁸.

E são os principais dirigentes da indústria farmacêutica (*Gilead, Sanofi*), da vanguarda da genômica e biologia (*Craig Venture Institute, Salk Institute*), da indústria de insumos tecnológicos e *gadgets* (*Qualcomm, General*

⁹³ TOPOL, E. **Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care**. New York: Basic Books, 2013.

⁹⁴ TOPOL, E. **Textbook of Interventional Cardiology**. New York: Saunders Company, 1999.

⁹⁵ TOPOL, E. **Manual of Cardiovascular Medicine** - 2nd edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

⁹⁶ A disputa destituiu Eric Topol do cargo de reitor da *Cleveland Clinic Lerner College of Medicine*, fundada por ele anos antes (ver TOPOL, E. Good Riddance to a Bad Drug. **The New York Times**, 2 de Oct de 2004: Section A, Page 15.; ver TOPOL, E. Failing the Public Health — Rofecoxib, Merck, and the FDA. **N Engl J Med**, 2004: october 21, 351;17.)

⁹⁷ Ver https://www.scripps.org/news_items/2854-noted-cardiologist-eric-j-topol-comes-to-scripps

⁹⁸ ROBINS, G. San Diego's Topol named nation's top physician executive. **San Diego Union Tribune**, 21 de April de 2012: <https://www.sandiegouniontribune.com/news/science/sdut-eric-topol-named-one-nations-50-best-doctors-2012apr21-story.html>

Electric, Philips Healthcare, Medtronic), do mercado de seguros de saúde (UHG) e de importantes centros acadêmicos (*Harvard, Duke, Columbia*) que compartilham um prefácio, saudando a *boa nova* apresentada por Topol como a *disrupção*⁹⁹ necessária à medicina.

O autor abre o seu texto apropriadamente explicando o conceito de '*destruição criativa*', retirado da obra do economista austríaco Joseph Schumpeter, para ilustrar a transformação que acompanhará esta radical inovação. E conseguimos recolher, em três curtos parágrafos, três sentenças que reunidas apontam para o argumento principal:

A medicina está prestes a passar pelo seu maior abalo na história. [...] E você, o consumidor, será necessário para que isso aconteça. [...] É porque, pela primeira vez na história, podemos digitalizar humanos.¹⁰⁰

Talvez essa afirmação de impacto faça parte da estratégia do autor de iniciar o texto *destruindo criativamente* o conceito de humano que até aqui possuímos. Talvez não. Pode ser que afirmação de digitalização do humano, para ele, soe tão natural quanto a convocação de *consumidores* para revolucionar a medicina; algo presente na literatura médica norte-americana desde os tempos de Freidson.¹⁰¹

De certa forma, vamos perceber que está tácito no entendimento de todo o esquema apresentado por Topol a objetividade plena e total do modelo em que estará enquadrada a sua concepção de doença¹⁰².

A partir de sua extensa experiência e vivência profissional, para além de sua produção de pesquisa, as dificuldades encontradas na prática para a objetivação individual de dados populacionais reforçam o

⁹⁹ O termo *disrupção* – ou interrupção do curso normal de um determinado processo – tornou-se um verdadeiro jargão, quase que obrigatório em qualquer debate ou discurso sobre as transformações sociais advindas da '*revolução digital*'.

¹⁰⁰ TOPOL, E. 2013. *Op. cit.*

¹⁰¹ FREIDSON, E. *Op. cit.*

¹⁰² Como já havíamos comentado, reforçando a vitalidade atual da concepção Boorseana.

arcabouço de sua crítica à Medicina Baseada em Evidência (MBE). Em busca de um modelo individualizado de precisão genética, acusa este modelo de aplicação de dados epidemiológicos como uma “medicina configurada para ser maximamente imprecisa”¹⁰³. E os exemplos dessa imprecisão nos chegam em estudos que demonstram estarmos tratando quem não devíamos,¹⁰⁴ não estarmos tratando quem pensamos estar,¹⁰⁵ ou estarmos tão somente equivocados com nossas pesquisas.¹⁰⁶

Para a total transformação em direção à individualização do cuidado, Topol apresenta, então, o que seria o fim da antiga medicina. Uma concepção somente possível nas condições em que se encontram atualmente as capacidades da tecnologia digital. Em um diagrama que reproduzimos abaixo, observamos o que chama de super convergência tecnológica que possibilitará essa criação de uma nova medicina (ver Fig. 2).

¹⁰³ TOPOL, E. 2013. *Op. cit.*

¹⁰⁴ Cochrane Collaboration. Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. **Cochrane Collaboration**, 2011: www2.cochrane.org/reviews/en/ab004816.html

¹⁰⁵ KASTELEIN, J. Simvastatin With or Without Ezetimibe in Familial Hypercholesterolemia. **N Eng J Med**, 2008: 358: 1431–43.

¹⁰⁶ IOANNIDIS, J. P. A. Why Most Published Research Findings Are False. **PLoS Medicine**, 2005: Aug, Vol.2, Issue 8, e124.

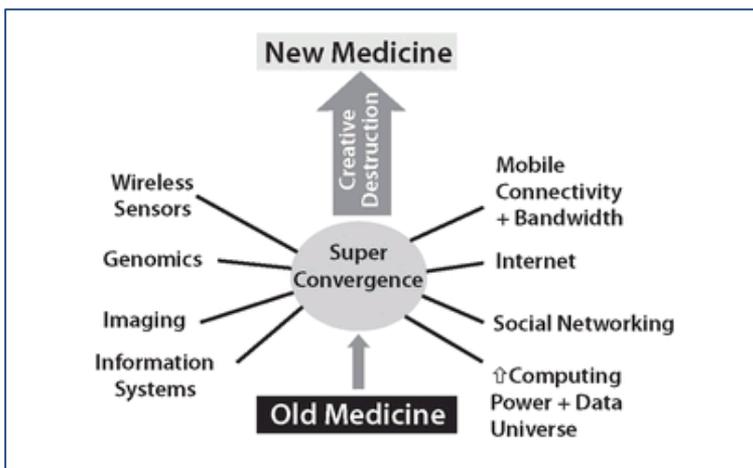


Fig. 2 – Adaptado de Topol.¹⁰⁷

No diagrama percebemos as capacidades que temos hoje e que o autor levanta como necessárias para tornar exequível essa mudança. Do lado direito podemos definir: uma imensa capacidade de armazenamento e processamento de dados; uma universalização de conexão da população global através da internet e das redes sociais; e a onipresença de *smartphones* conectados em velocidade de banda larga. Essa estrutura de coleta e armazenamento, circulação e processamentos de dados é sustentação ao olhar médico sobre o paciente individual. Somente agora, com o porte desse poderoso sistema é que se pode implantar um modelo de leitura e identificação de cada indivíduo. Ao lado esquerdo, vemos que a *digitalização do humano* preconizada por Topol envolve: a leitura de dados funcionais objetivos a partir de biossensores remotos; o sequenciamento genético de cada indivíduo;¹⁰⁸ o armazenamento de imagens diagnósticas

¹⁰⁷ TOPOL, E. *Op. cit.*, 2013.

¹⁰⁸ Nesse ponto, é interessante a comparação que faz o autor entre os dados, na “a convergência: de chips únicos que contêm conjuntos de processadores paralelos massivamente, a supercomputadores com centenas de milhares de unidades centrais de processamento, ao sequenciamento de genoma completo que é realizado dividindo os

e a manutenção de um arquivo de dados e um sistema de troca de informação com o meio. Uma cobertura ampla que, segundo o autor, estaria toda à disposição em *gadgets* pessoais, como os *smartphones*.

Assim, neste livro, como fizera nos tratados de cardiologia que editava na década de 1990, Topol nos deixa agora a lição de que o mundo digital já dispõe dos recursos suficientes para, a partir da destruição do modelo anterior, criarmos uma medicina voltada ao indivíduo. E foi nesses termos que anunciou que a medicina já pode digitalizar o humano. Ou, em outras palavras, que já estamos prontos para a *medicina de dados*.

Uma medicina que não mais depende exclusivamente do modelo epistêmico da anatomia-patológica. Pois a leitura que se fará dos dados estará além do que exclusivamente representa dano biológico, mas sim uma trama complexa de valores digitais onde poderemos ter tanto um risco, quanto uma probabilidade, ou uma tendência, ou ainda uma função. O acesso e o processamento desses dados, obviamente, embora isso ainda não seja percebido tão claramente pela maioria, não necessita de uma abordagem da razão desenvolvida pelo e para o juízo clínico.

E isso começa a se tornar evidente em formas de condução da prática médica que já não compõe o que caracterizamos anteriormente como prática clínica. Mas a clínica não se extinguiu, e nem se extinguirá completamente por enquanto, pois como já comentamos a partir da crítica epistemológica de Lakatos,¹⁰⁹ apesar de estarmos anunciando uma nova fase, de revolucionárias transformações na medicina, formas antigas podem permanecer latentes e presentes, embora a nova estruturação epistêmica – ou novo ‘*programa de pesquisa*’ – prevalecerá e terá maior

genomas em pequenos pedaços e determinando os códigos de vida de forma massivamente paralela” (*Idem*).

¹⁰⁹ SOBRINHO, L. V. Além da Crítica à Biomedicina – A Escolástica Sanitária. O Esgotamento de um Modelo Pseudo-Científico. In: **Caminhos da Bioética** – Volume 1, por Castro, J. C.; Niemeyer-Guimarães, M. (org), 102-119. Teresópolis: Unifeso, 2018.

aceitação, simplesmente por dar conta de explicar fatos novos.¹¹⁰ Os *dados* – as informações reduzidas a uma matriz única de processamento, seja com interesse científico ou de gestão econômico-financeira – formarão o novo ‘núcleo duro’, na concepção desse epistemólogo, para o nascente ‘programa de pesquisa científico’ que dará suporte a esta nova medicina. Não mais a anatomia-patológica, como diagnosticou Foucault¹¹¹.

E nesse sentido é que, sob perspectiva do juízo clínico, do modelo anterior da medicina, nos causa espanto e um enorme estranhamento os fatos ocorridos na última década, incluindo o vaticínio de Topol para a leitura digital do humano.

Mas, após esse momento transitório, em que assistimos ao ocaso da clínica, as formas da razão que assumiram o modelo epistemológico da *medicina de dados*, não encontram dificuldade em aceitar, se integrar e pensar o paciente nesses termos. O mundo da prática médica começa a se preparar para esta mudança para o mundo digital. Inclusive através da mudança mesmo das formas de razão.

O desenvolvimento da *Inteligência Artificial* (IA), e consequentemente da *Internet das Coisas* (IoT) e da Robótica, já apontam para esse cenário complexo de grandes mudanças. A avançada tecnologia de *Machine Learning* – ou *Aprendizado de Máquina* – conduziu a ciência para um ponto novo na relação entre médico e paciente^{112,113,114,115}. Agora, o

¹¹⁰ LAKATOS, I. **Falsificação e metodologia dos programas de pesquisa científica**. Lisboa: Edições 70, 1999.

¹¹¹ FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

¹¹² DEO, R. C. **Machine Learning in Medicine**. *Circulation*. 2015 November 17; 132(20): 1920–1930

¹¹³ STEAD, W. W. Clinical implications and challenges of artificial intelligence and deeplearning. **JAMA**. 2018;320(11): 1107-1108.

¹¹⁴ MADDOX, T. M. *et al*. Questions for Artificial Intelligence in Health Care. **JAMA**, Published Online: December 10,2018. doi:10.1001/jama.2018.18932. Acesso em 12/22/2018.

¹¹⁵ A respeito do impacto da chegada do supercomputador *Watson* e seu programa de assistência *online* à oncologia há muito o que dizer. Ver <https://www.statnews.com/2017/09/06/watson-ibm-marketing/>

poder tecnológico não está mais em um instrumento de acesso ou de ligação entre os dois. Uma ressonância magnética cumpria esse papel; da mesma forma que um estetoscópio. Com a óbvia diferença tecnológica entre esses instrumentos para o diagnóstico, o que podemos afirmar é que ambos estão interpostos na relação entre o médico e o paciente com a finalidade de auxiliar o primeiro a vasculhar os sinais de dano, funções e patologias no segundo. Não se pode dizer o mesmo da IA.

Assim, embora muitos interpretem dessa maneira, não se pode comparar o estranhamento ao estetoscópio no século XIX, após a sua invenção pelo médico francês René Théophile-Hyacinthe Laënnec, com o espanto velado de todos frente às máquinas e programas de IA que assumem o lugar do raciocínio clínico.¹¹⁶

Quando o manuseio de dados, por um sistema autômato de IA, chegar ao diagnóstico e decisões necessárias para cada caso, estaremos eliminando um sujeito da relação – o médico. E, conseqüentemente, no tratamento desses dados do outro sujeito pelo algoritmo de *machine learning*, nada restará que não seja absolutamente objeto; mesmo suas características psíquicas, comportamentais ou sociais. O que torna em tudo a possibilidade de redução a um produto; ou um pacote de dados, subsumidos em um produto, para a gestão clínica e econômica por qualquer participante desse mercado.¹¹⁷

Diversos trabalhos já dispõem de resultados comprovando a acurácia para o diagnóstico e acompanhamento de doenças de grande prevalência, através da análise de bancos de imagens, desde a precisa

¹¹⁶ The Medical Futurist. *Artificial Intelligence is the Stethoscope of the 21st Century*. 18 July 2017. Ver http://medicalfuturist.com/ibm-watson-is-the-stethoscope-of-the-21st-century/?utm_source=welcomemail&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter . Acesso em 3/01/2019.

¹¹⁷ MELVILLE, N. A. Mental Health Treatment Now Available at Walmart. **Medscape** - Dec 17, 2018. https://www.medscape.com/viewarticle/906664_print

avaliação de fotografias da retina,^{118,119,120} aos cânceres de pele,¹²¹ cânceres de mama¹²² e patologias do sistema nervoso central.^{123,124} A radiologia não só foi uma das áreas pioneiras para a atuação dos programas de diagnóstico por IA,¹²⁵ como a sua evolução para um novo patamar com o processamento de imagens junto a estatísticas de múltiplos níveis – uma nova abordagem diagnóstica, a *Radiomic*. Neste processo, dados são combinados com outros dados do paciente e extraídos com sofisticadas ferramentas de bioinformática para desenvolver modelos que melhorem a precisão diagnóstica, prognóstica e preditiva. Como diz o título de um artigo, “imagens são mais do que imagens, são dados”.¹²⁶

E a transformação digital da medicina nos últimos anos reaqueceu a economia da saúde atraindo novos investidores, com um potencial e promissor mercado para biossensores e *wearables devices*, programas gestão de dados biométricos, prontuários e registros eletrônicos, e uma caravana de dezenas de milhares de *startups* buscando caminhos para o novo *Eldorado* dos desenvolvedores de tecnologia digital.¹²⁷

¹¹⁸ MOOKIAH, M. R. K *et al.* Computer-aided diagnosis of diabetic retinopathy: a review. **Comput Biol Med.** 2013; 43(12): 2136-2155.

¹¹⁹ GULSHAN, V.; PENG, L.; CORAM, M. *et al.* Development and validation of a deeplearning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. **JAMA** 2016; 316(22):2402-2410.

¹²⁰ HILLMAN, L. **First artificial intelligence system approved by the FDA to detect diabetic retinopathy.** Jun/2018. Disponível em <https://www.eyeworld.org/first-artificial-intelligence-system-approved-fda-detect-diabetic-retinopathy>

¹²¹ ESTEVA, A. *et al.* Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. **Nature** vol.542, pag.115–118 (02 February 2017)

¹²² WANG, D. *et al.* Deep Learning for Identifying Metastatic Breast Cancer. arXiv:1606.05718, 2016

¹²³ CAPPER, D. *et al.* DNA methylation-based classification of central nervous system tumours. **Nature.** Vol 555, pag. 469-474 (22 mar 2018).

¹²⁴ MUKHERJEE, S. A.I. Versus M.D. What happens when diagnosis is automated? **The New Yorker.** Mar, 27, 2017. <https://www.newyorker.com/magazine/2017/04/03/ai-versus-md>

¹²⁵ CHARTRAND, G. *et al.* Deep Learning: A Primer for Radiologists. **RadioGraphics** 2017; 37:2113–2131.

¹²⁶ GILLIES, R. J. *et al.* Radiomics: Images Are More than Pictures, They Are Data. **Radiology:** Volume 278: Number 2—February 2016

¹²⁷ Grandes agências de consultorias já esquadrinham os campos promissores de investimento no novo modelo de medicina digital.

No ano de 2014, enfim, a *Dell Computers* inaugurou a sua própria faculdade de medicina, a primeira nova escola de medicina em uma universidade de primeira linha da *Associação de Universidades Americanas* em quase 50 anos – a *Dell Medical School* – DMS.¹²⁸ Em um esclarecedor comentário de seu reitor, na *homepage* da instituição, ratifica-se a relação entre a MBV e a *medicina de dados*:

Os cuidados de saúde baseados em valores têm a ver com eficiência na obtenção de melhores resultados de saúde. A DMS é o lar de líderes do movimento de cuidados baseados em valores – e de um currículo on-line que treina líderes de saúde na entrega de valor aos pacientes.

Em entrevista recente, a um periódico do nosso meio, o Dr. Clay Johnston define:

Na medida em que o sistema é aprimorado, particularmente por meio da inteligência artificial, o papel tradicional do médico muda. A ciência da medicina vai se tornar menos importante, mas a arte do cuidado ganhará importância. Precisamos de pessoas que possam liderar essa mudança e que consigam abraçar a tecnologia, mas apenas quando ela visa ao benefício para o paciente e à evolução do sistema de saúde. É um tipo diferente de médico, que está confortável com a tecnologia, que entende de engenharia de sistemas, que consegue colocar o foco no valor proporcionado e que exerce liderança para mudar esse sistema.¹²⁹

A liderança para a gestão do sistema parece ser, então, o novo papel do médico, onde se esperava anteriormente tirocínio clínico^{130,131}. Parece-nos ser uma das principais orientações para o médico do futuro, que percebemos no relatório que Topol entregou recentemente ao

Ver: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/deloitte-uk-life-sciences-health-care-predictions-2022.PDF>

¹²⁸ Ver: <https://www.lindauerglobal.com/career-opportunity/university-of-texas-at-austin-director-of-development-principal-gifts>

¹²⁹ Ver: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,queremos-formar-bons-clinicos-mas-isso-nao-e-mais-suficiente,70002454760>

¹³⁰ LEE, T. Turning Doctors into Leaders. *Harvard Bus Rev.* Apr, 2010. Ver <https://hbr.org/2010/04/turning-doctors-into-leaders> Acesso em 18/12/2018.

¹³¹ SHAH, N. R. Health Care in 2030: Will Artificial Intelligence Replace Physicians? *Annals Int Med.* 26 feb 2019.

governo do Reino Unido, após quase dois anos de trabalho, onde chefiou uma força-tarefa para a implantação da medicina digital nesse bem organizado sistema de saúde.¹³² Ao explicar, ou propor, como se darão as mudanças, Topol dá exemplos ficcionais nas diversas profissões que integram o sistema de saúde que participam diretamente do cuidado. No caso de adaptação de uma jovem médica, nos mostra uma profissional de 26 anos em 2009, com um *smartphone* utilizado apenas em sua vida pessoal, frustrada com a tecnologia obsoleta dos hospitais, que não lhe permite um melhor contato interprofissional para lidar com as informações necessárias para o cuidado. A mesma médica, aos 36 anos em 2019, após enveredar pela especialização em genômica (área predileta aos valorosos *dados* da medicina personalizada do Topol), ainda está frustrada, apesar da melhoria dos sistemas de registros eletrônicos, mas agora pela dificuldade de transmissão da informação multiprofissional com segurança nas redes de conexão de dados. A projeção para a médica de 46 anos, em 2029, nos apresenta então uma consultora chefe-de-equipe de “bioinformáticos e cientistas da computação”, que detêm o genoma da maioria de seus pacientes sequenciados já no nascimento; e através de

algoritmos de machine-learning, essa equipe monitora remotamente marcadores metabólicos, a partir de informações de biossensores vestíveis, prevendo trajetórias de saúde do paciente e modelando planos de cuidados pessoais.

Em algum lugar, nesse trabalho de líder de equipe da *medicina de dados*, Topol ainda reserva à sua hipotética médica no futuro ainda um tempo para o “trabalho clínico em pediatria”.¹³³

Não podemos perceber, com clareza, em seu modelo hipotético

¹³² O relatório completo está disponível em <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>

¹³³ *Idem*. Ver detalhes no texto.

de medicina do futuro, marcado pelo monitoramento remoto de variações metabólicas de biossensores vestíveis – os *wearables devices* – a partir de dados genéticos individualmente definidos, por uma equipe de *bioinformáticos* e programas de computação, onde estará o “trabalho clínico”. Mas devemos nos lembrar que Topol, mesmo em sua extrema perspicácia científica e imensa criatividade, ainda carrega sua formação de décadas de prática do professor Eric Topol, um dos grandes mestres do *fin-de-siècle* da medicina clínica.

E o que estamos já tratando a partir desses últimos anos é algo de outra natureza. Estamos vendo um futuro que já chegou em outro formato.

Na forma do atendimento virtual por programas como a *Alexa*®, da gigante varejista *Amazon*,¹³⁴ que chega ao mercado de saúde anunciando que sua “atendente” já está capacitada pelas normas de segurança para a transmissão de informação de saúde.¹³⁵

No desempenho do robô chinês *Xiaoyi*, que foi aprovado no exame nacional de licenciamento profissional para médicos¹³⁶; ou ainda nas dezenas de clínicas virtuais já em funcionamento na China, com modelos variados de atendimentos, seja por programas de telemedicina, seja diretamente por *chatbots*, sem participação humana.¹³⁷

¹³⁴ Em janeiro de 2018, a maior empresa de comércio varejista do mundo ocidental, com domínio absoluto no mercado virtual, a *Amazon*, anunciou a criação de um novo modelo de oferta de serviços de saúde, juntamente com o fundo de investimentos *Berkshire Hathaway* e o banco *J P Morgan*. A promessa é revolucionar o segmento nos EUA. Ver <https://www.cnbc.com/2018/01/30/amazon-berkshire-hathaway-and-jpmorgan-chase-to-partner-on-us-employee-health-care.html>

¹³⁵ ROSS, C. Amazon Alexa is now HIPAA-compliant. Tech giant says health data can now be accessed securely. **Stat.** April 4, 2019. Disponível em <https://www.statnews.com/2019/04/04/amazon-alexa-hipaa-compliant/>

¹³⁶ MICU, A. A Chinese AI passed the national medical licensing exam, so technically it's a doctor. **ZME Science.** Nov. 20, 2017. Disponível em <https://www.zmescience.com/science/china-ai-doctor-xiaoyi/>

¹³⁷ The Medical Futurist. China Is Building the Ultimate Technological Health Paradise. Or Is It? **The Medical Futurist.** 19, Feb 2019. Disponível em https://medicalfuturist.com/china-digital-health?utm_source=The%20Medical%20Futurist%20Newsletter&utm_campaign=38c085

Nesse ponto é que poderemos perceber o que significa a ausência da *medicina clínica* no que se apresenta como *medicina de dados*.

Um modelo de medicina que permanecia por quase dois séculos, parece chegar ao seu ocaso. Num momento de imprevisão sobre o que será da condição humana, a ciência parece nos apresentar com intenso brilho “sonhos que não eram nem loucos nem ociosos”.¹³⁸

bdf-

EMAIL_CAMPAIGN_2019_02_26&utm_medium=email&utm_term=0_e6d6a3cd08...

¹³⁸ ARENDT, H. Obra citada.

PSICOLOGIA E TERMINALIDADE: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

*Renata da Silva Fontes Monteiro
Márcia Regina Costa*

Questões que envolvem a morte e o processo de morrer são assuntos que causam angústia e preocupação para os humanos. Para Santos¹, esses temas estão enraizados, no cerne da vida, e suas implicações são fundamentais para a experiência humana. Sendo assim, esse deveria ser um assunto de interesse do psicólogo; porém Kovács² afirma que pouco tem sido escrito sobre esse profissional diante da questão da morte. Carnicheli e Casarin,³ ao discutirem sobre o assunto da morte e do morrer na formação do psicólogo, apontam para a sua relevância na construção acadêmica; no entanto, trata-se de um tema ainda interdito e pouco discutido nesse contexto. Portanto, parece ser necessário discutir alguns pontos relacionados à instrumentalização para a atuação do psicólogo junto àquele que possui necessidades emocionais, físicas e sociais impostas por uma doença terminal. Assuntos como o auxílio à manutenção da autonomia, a tomada de decisão, por parte do paciente, e o impacto da mesma na família e na equipe profissional, todos permeados pela percepção da morte iminente, acabam por exigir do psicólogo uma

¹ SANTOS, F. S. Perspectivas histórico-culturais da morte. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. **A arte de morrer – visões plurais**. Editora Comenius: São Paulo, 2007, p. 13.

² KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte – desafio na formação de profissionais de saúde**. Casa do Psicólogo/FAPESP: São Paulo, 2012, p. 238.

³ CARNICHELI, E. K. R. N.; CASARIN, R. G. O acadêmico de psicologia, a morte e o morrer: a relevância dos temas na formação. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ariquemes: FAEMA, v. 9, nº 1, jan./jun., 2018. ISSN: 2179-4200. (p. 317). Disponível em: www.faema.edu.br/index.php. Acesso: 20 de agosto de 2019.

reconstrução constante do seu saber. Discutiremos aqui as mudanças históricas ocorridas diante do processo de morrer, a relação entre as questões bioéticas e os cuidados paliativos, além da contribuição da psicologia nesse espaço.

A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

Negrini⁴ comenta que a morte é um tema com complexas e fundamentais significações entre os humanos, é um assunto sobre o qual as pessoas preferem se calar e, se possível, evitam pensar. Ela é tratada como evento incompreensível, inaceitável ou injusto, o que pode levar ao isolamento daquele que sofre uma perda, uma percepção de que a morte é um evento exclusivo. Não há nada menos exclusivo do que morrer! No entanto, o processo pelo qual o sujeito chega ao fim de sua vida deve ser tratado como algo único, assim como única foi a sua vida.

Freud⁵ constrói a asserção de que, no fundo, ninguém acredita na sua própria morte, ou, o que é a mesma coisa, no inconsciente; cada qual está convencido da sua imortalidade. Por outro lado, Edgard Morin⁶ defende que a consciência da morte não nasce com o homem, ela seria adquirida no decorrer de sua existência e, exatamente por ter consciência de sua finitude, o homem se diferencia dos outros seres vivos. Ainda segundo este autor, embora conheçamos a morte, embora traumatizados pela morte, embora privados de nossos mortos amados, embora certos de

⁴ NEGRINI, M. (2014). A significação da morte: um olhar sobre a finitude humana. **Revista Sociais e Humanas**. Santa Maria: v. 27, 2014, p. 29. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaishumanas/article/view/6592/pdf>. Acesso em 20 agosto 2019.

⁵ FREUD, S. **Escritos sobre a guerra e a morte**. Coleção Textos Clássicos de Filosofia. Editora Corvilhã. Portugal, 2009, p. 19. Disponível em: www.lusosofia.net. Acesso: 10 agosto 2019.

⁶ MORIN, E. **O método 5: A humanidade da humanidade – a identidade humana**. Editora Sulina: Porto Alegre, 2012.

nossa morte, vivemos também cegos a ela, como se fôssemos imortais.⁷

Nesta perspectiva, vivemos constantemente afastando o pensamento sobre a morte e, talvez, esse exercício contribua para as reações de arrebatamento, surpresa e sensação de eventualidade, em vez do confronto com a inexorabilidade dessa ocorrência da vida.

Kastenbaum e Aisenberg⁸ nos ensinam o quanto nosso olhar para a morte, na atualidade, está impregnado por heranças advindas do legado das diversas culturas que nos antecederam. Historicamente, observamos na literatura a mudança na forma como as formulações sobre a morte e o processo de morrer passaram a ser tratados. De um modelo em que o doente era o centro do processo de morrer, o qual, embora individual, era compartilhado com a comunidade, tornando-se públicas e familiares as decisões nele envolvidas, chegamos a outro modelo, no qual o lugar adequado para a ocorrência da morte se desloca para o hospital, transformado agora em um instrumento terapêutico administrado e controlado, que afasta o doente da convivência de seus amigos e familiares e também da informação e das decisões sobre seu corpo e sua vida. A relação da sociedade com o doente e a dele com sua própria morte mudam e o hospital se torna o lugar da morte solitária.⁹ Esta morte solitária, com o sujeito estando separado de suas coisas, regulado por horários rígidos, determinados pela instituição, em que os eventos precisam ser controlados e previstos, é característico daquilo que vemos em Menezes¹⁰ como a “morte moderna”. É até possível concordar que na modernidade o processo de morrer possa ser solitário, mas supor que antes isto ocorria

⁷ MORIN, E. **O homem e a morte**. Editora Imago: Rio de Janeiro, 1997, p. 63.

⁸ KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. Editora Livraria Pioneira: São Paulo, 1983.

⁹ ARIËS, P. **O homem perante a morte**. Publicações Europa-América: Portugal, 2000, p. 322.

¹⁰ MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte** – antropologia dos cuidados paliativos. Editora Garamond/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2004, p. 31.

de modo sereno é esquecer que morrer pode significar sofrimento físico e psíquico.

Elias¹¹ chama a nossa atenção ao comentar sobre as dificuldades para o alívio da dor e outras dificuldades, quando comparamos com a contemporaneidade. Apesar dos avanços biotecnológicos e biomédicos, a arte da medicina ainda procura por avanços na tentativa de assegurar, a todos, uma morte sem dor. Porém, é inegável que ela parece permitir um fim mais pacífico para alguns, que outrora teriam morrido em terrível agonia.

Com os avanços relatados acima, ocorridos no final do século XX e início do XXI, houve uma diminuição da taxa de mortalidade e um aumento na longevidade da população¹². Inegavelmente, o progresso trouxe novas possibilidades de cuidado e atenção para a vida dos pacientes em geral, mas também para aqueles cujas doenças estão fora da terapêutica curativa – e aí talvez resida um problema quando discutimos acerca do processo de morrer.

O desenvolvimento de recursos e técnicas para manutenção e prolongamento da vida parece ter sido facilitador para que se olhasse o hospital como um lugar no qual a morte acontece, mas também favoreceu a criação de um “lugar especial”, a unidade de tratamento intensivo – UTI, definida por Menezes¹³ como a “unidade hospitalar isolada da vida e do mundo externo”, onde o paciente está monitorado, controlado, invadido por tubos, afastado das decisões sobre seu estado e sobre as opções terapêuticas. Esse mesmo desenvolvimento técnico permitiu que o conceito de morte fosse redefinido – de morte por parada cardíaca para o

¹¹ ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Editora Zahar: Rio de Janeiro, 2001, p. 20.

¹² MATSUMOTO, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (orgs.). **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP): São Paulo, 2012.

¹³ MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte – antropologia dos cuidados paliativos**. Editora Garamond/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2004, p. 33.

de morte cerebral.

Com o avanço da terapia de suporte, é possível manejar a falência dos órgãos através da ventilação mecânica, da filtração renal, da nutrição parenteral e por meio do uso de drogas vasoativas. Desta forma, diminuiu-se a mortalidade, mas, em contrapartida, há um acréscimo da condição de uma vida artificial, sem qualidade e/ou sem sentido para o sujeito, num tratamento em que os potenciais benéficos possivelmente serão nulos ou superados por potenciais malefícios que possam causar. Com as fronteiras do morrer alteradas, novas questões éticas são colocadas, e um dos focos desta discussão passa a ser: desligar ou não a máquina? – quem decide o que será feito e quais critérios nortearão a tomada de decisão? O que fazer com aquele paciente para garantir um processo de morrer com dignidade?

Os profissionais de saúde, no modelo hegemônico, ainda são treinados para curar, “salvar”, “fazer tudo e todo o possível”. Diante desse imperativo, a morte é considerada um erro, um fracasso a ser evitado, a todo custo.¹⁴ E quando apenas este tipo de cuidado não é suficiente, apesar de todo o esforço? Reconhecer que o doente está, desde o início, para além de um adoecimento sem respostas, ante as terapêuticas curativas, requer uma mudança de foco do curativo para o foco no cuidado exclusivo.

Cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura exige mais do que conhecimentos técnico-científicos. É preciso considerar a individualidade do sujeito, mantendo um relacionamento interpessoal vivo e vibrante. O término dos recursos para a cura não significa o final da vida. Nesse momento, outras práticas passam a predominar e podem ser oferecidas ao paciente e sua família. Entre elas, temos uma maior atenção com o desconforto físico e psíquico – trata-se, então, de

¹⁴ PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 9ª ed. Editora Loyola: São Paulo, 2010.

minimizar, aliviar a dor. Além disso, garantir que o doente permaneça com sua voz ativa e garantir um diálogo constante e franco entre e com os atores envolvidos no seu cuidado. Isto inclui a explicitação das possibilidades de ação da equipe e daquilo que o paciente deseja como conduta para os momentos derradeiros da sua vida. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a abordagem que propicia esta potencialização são os Cuidados Paliativos.

ORIGENS E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

No modelo vigente de atenção à saúde, como citamos acima, há o risco da perpetuação de intervenções que não trazem benefício efetivo para o sujeito. Rego e Palácios¹⁵ apontam a necessidade de uma transição paradigmática na área da saúde – do combate à doença e à morte, ao cuidado. No sentido do cuidado, qualquer doença se torna tratável, pois o cuidado vai além dos recursos da tecnologia na área da saúde. Nas sociedades tecnologicamente avançadas, cresce, paralelamente, a consciência da legitimidade moral da cultura do respeito à autonomia do paciente e, com isso, surge também uma nova atmosfera ao redor do morrer.¹⁶

Inicialmente, foi em torno dos pacientes com câncer que se organizaram os cuidados paliativos no Brasil, e ainda hoje eles representam a maior parcela dos pacientes sob sua atenção. Outras

¹⁵ REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa. A finitude humana e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1755-1760, ago. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000800025&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800025>.

¹⁶ SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(1): 17-20. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/opiniao.pdf. (p. 19). Acesso em 21 agosto 2019.

doenças foram incorporadas nessa filosofia de cuidado pela OMS, a partir de 2002: HIV/AIDS, demências, casos de falência orgânica, insuficiência cardíaca, renal, hepática, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças congênitas e doenças degenerativas do sistema nervoso central, como a esclerose múltipla e a esclerose lateral amiotrófica.

A primeira definição de cuidados paliativos elaborada pela OMS ocorreu em 1990. Em 2002, numa redefinição, foi enfatizada a prevenção do sofrimento. Em 2016, ao voltar-se novamente sobre o tema, a OMS salientou a promoção da dignidade e a utilização dos melhores recursos disponíveis, olhando para a morte como um processo natural, ou seja, afirmar a vida e encarar o morrer, sem adiar ou apressar o instante final, mas garantir a melhor qualidade de vida possível, em cada etapa. Integrar aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados ao paciente, sem reduzi-lo ao seu aspecto orgânico. São aplicáveis no estágio inicial da doença, concomitantemente com suas modificações e terapias que prolongam a vida, pelo menos a partir do seu estágio avançado, sendo que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes.¹⁷

O que caracteriza os cuidados paliativos é uma filosofia de cuidados que se materializa, seja no hospital ou no domicílio, tendo a relação entre equipe-paciente-família como seu principal instrumento.

Os cuidados paliativos têm se constituído como uma abordagem diante da ocorrência de uma doença crônica e potencialmente fatal; preconiza a busca pela inclusão do sujeito e por um processo de morrer digno. Tem como fundamento para sua prática a presença de uma equipe multiprofissional, o apoio à família e a atenção no tempo do luto. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o termo designa cuidados ativos e integrais prestados a pacientes com doença progressiva

¹⁷ PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de Bioética**. 9ª ed. Editora Loyola: São Paulo, 2010.

e irreversível, sem oportunidades de resposta ao tratamento curativo, sendo fundamental o controle da dor e de outros sintomas através da prevenção e do alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual¹⁸.

Especial atenção é dada à prática de uma comunicação aberta e sensível, na qual a realidade da situação é colocada claramente, em oposição aos conhecidos pactos de silêncio construídos entre os profissionais e a família, o que permite ao paciente tomar suas decisões. A construção desses pactos acaba por dificultar o exercício da autonomia, um dos princípios básicos da bioética.

CUIDADOS PALIATIVOS E AUTONOMIA, UMA QUESTÃO BIOÉTICA

O termo “bioética” foi criado em 1970 por Van Ressenlaer Potter e pretende “expressar uma nova abordagem na reflexão sobre as questões éticas ou morais no setor da saúde¹⁹. Trata-se de um campo multidisciplinar nascido a partir de diversos fatores, tais como o debate sobre os direitos individuais, o desenvolvimento tecnocientífico, o pluralismo social e a conseqüente modificação nas relações de saúde. Traz uma dimensão social que se situa na interface de vários saberes, notadamente, a biologia, a filosofia, a teologia, a psicologia, a antropologia, a economia, a sociologia e o direito, cuja finalidade é a promoção e melhoria da qualidade de vida.²⁰

¹⁸ MACIEL, M. G. S. (2008). Introdução e Princípios. In OLIVEIRA, R. A. (coord.) **Cuidado Paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: São Paulo, 2008, p. 16.

¹⁹ DURAND, G. (2007). **Introdução geral à bioética**. Editora Loyola: São Paulo, 2007, p. 87.

²⁰ OLIVEIRA, R. A. Bioética. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 46, nº 1, 2012. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Bioetica.pdf. Acesso em: 20 de agosto 2019.

Há diversos referenciais teóricos para a compreensão dos problemas que a bioética pretende enfrentar; dentre eles, o princípalismo, como proposto por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, tem ampla aplicação na prática clínica. Caracteriza-se por ter como foco central da abordagem princípios morais que orientam a ação, ou seja, diretrizes gerais que especificam quais ações são proibidas, requeridas ou permitidas naquela situação.²¹

A proposta é trabalhar com quatro princípios: *Autonomia*, *Beneficência*, *Não Maleficência* e *Justiça*, apresentados como norma de ação voltada para a prática biomédica. Possuem caráter *prima facie*, ou seja, de princípios não absolutos que são igualmente válidos, em um primeiro momento, devendo ser cotejados, criteriosamente, para a solução do problema.²² Os princípios não são hierarquizados; todos têm valor e devem ser respeitados. Agir conforme um ou outro será determinado pelo exame criterioso das circunstâncias nas quais o indivíduo se encontra. Sendo assim, Autonomia é apresentada como autodeterminação, direito de liberdade, escolha individual, livre vontade; Beneficência é vista como um agir em favor de outros; compreende-se a Não Maleficência como não causar dano intencionalmente; e a Justiça é entendida como justiça distributiva, a distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade, ou seja, serão recebidos os benefícios ou encargos devidos às suas propriedades ou circunstâncias particulares.²³

“Autonomia” é um termo sujeito a várias interpretações. A palavra é derivada do grego, onde *auto* quer dizer “próprio” e *nomos* refere-se a lei, regra ou norma.²⁴ Na abordagem principialista, ela deve ser

²¹ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

²² *Ibid.*, p. 42.

²³ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Editora Loyola: São Paulo, 2011.

²⁴ HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Editora

compreendida como governo pessoal do eu, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros quanto de limitações pessoais que criam embaraço para a escolha, como, por exemplo, a compreensão inadequada.²⁵ Para Beauchamp e Childress,²⁶ são necessárias uma ação respeitosa e a obrigação de sustentar as capacidades para o outro escolher autonomamente, diminuindo temores e outras condições [...] implica em tratar a pessoa de forma a capacitá-la a agir autonomamente. Este deveria ser o foco principal da intervenção do psicólogo, que deve evitar utilizar seus conhecimentos para facilitar ou possibilitar a manipulação e a produção de dependência, seja em relação à equipe ou aos familiares do paciente.

De forma geral, falar de autonomia do paciente ainda é um tema sensível aos profissionais de saúde. Nos processos decisórios de saúde, ocorre necessariamente uma certa assimetria entre o profissional de saúde (detentor do saber técnico) e o paciente (portador da enfermidade), que pode inibir a expressão da vontade do doente. Essas relações encontram-se em um momento paradigmático quanto ao processo decisório dos cuidados, com a passagem do chamado paternalismo – em que o profissional fazia as escolhas e tomava todas as decisões – para o modelo do reconhecimento da autonomia do paciente.²⁷ Nesse campo, Esperandio, Michel e Palmieri²⁸ entendem o psicólogo como o especialista das relações interpessoais, tendo um compromisso fundamental na promoção do diálogo interdisciplinar [...] sendo um agente

Objetiva: Rio de Janeiro, 2009.

²⁵ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009, p. 45.

²⁶ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Editora Loyola: São Paulo, 2011, p. 143.

²⁷ COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente. In SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética**. Editora Universidade de São Paulo: São Paulo, 2008.

²⁸ ESPERANDIO, M. R. G.; MICHEL, R. B.; PALMIERI, B. M. V. Bioética e Psicologia: diálogo e contribuições mútuas. In ESPERANDIO, M. R. G.; KOVÁCS, M. J. (coords.). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Editora CRV: Curitiba, 2017, p. 29.

de ligação que facilita a comunicação de todos os atores. Comunicação que se torna essencial, uma vez que o objetivo é colocar o sujeito portador de uma doença no centro do processo, em vista de uma das grandes metas da clínica do cuidado ser a dignidade, o respeito aos valores da pessoa.

Por conseguinte, o papel do psicólogo é ajudar o paciente na produção de sentido e significados, para que este possa tomar suas próprias decisões, facilitando assim o exercício de sua autonomia, agora solidária, ao invés de solitária, isto é, um compartilhamento de desejos e decisões, com respeito às escolhas de vida do paciente e dos tratamentos indicados para ele.²⁹

A formalização do reconhecimento da autonomia do paciente tem sido feita através dos instrumentos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, voltadas mais especificamente para o paciente com doença terminal, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV).³⁰ Apesar disso, Rego, Palácios e Siqueira-Batista³¹ afirmam que o respeito à autonomia como obrigação moral do profissional de saúde não é algo óbvio. Comumente, o profissional acredita que sua escolha pode ser o melhor interesse do paciente, como se fosse um dado imutável, previamente conhecido. Lima, Rego e Siqueira-Batista³² comentam que é importante assegurar que a tomada de decisão leve em consideração a perspectiva do profissional e o respeito à expressão da autonomia do paciente, sem que isto seja uma mera transferência de responsabilidade do processo decisório para o paciente.

²⁹ KOVÁCS, M. J. Psicologia e Bioética: cuidando de pacientes gravemente enfermos. In ESPERANDIO, M. R. G.; KOVÁCS, M. J. (coords.). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Editora CRV: Curitiba, 2017, p. 74.

³⁰ LIMA, M. L. F.; REGO, S. T.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, nº 23. Conselho Federal de Medicina: Brasília, 2015.

³¹ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais de saúde**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009, p. 46.

³² LIMA, M. L. F.; REGO, S. T.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Op. Cit.*, 2015, p. 35.

Decisões quanto a aceitar ou recusar determinado tratamento ou intervenção podem ser tomadas pelo próprio paciente quando adulto e competente. Impossibilitadas, como no caso do paciente em coma, é possível a utilização das Diretivas Antecipadas de Vontade ou a nomeação de um representante para decidir, o chamado decisor substituto. Beauchamp e Childress³³ apresentam três modelos básicos para que seja tomada a decisão: o juízo substituto, quando a decisão é tomada supondo a vontade do paciente; a pura autonomia, quando o paciente, agora incapaz, expressou anteriormente, quando ainda capaz, sua vontade em relação àquele assunto; e o melhor interesse do paciente, que protege o seu bem-estar pela avaliação dos riscos e benefícios das alternativas propostas.

Pessini e Barchifontaine³⁴ comentam que os cuidadores devem, de forma meticulosa, “pesar” os benefícios e os ônus do tratamento e avaliar os riscos e os aditamentos de cada decisão clínica (não maleficência), para evitar um tratamento fútil. Sendo assim, é importante observar que no processo de tomada de decisão os profissionais não são obrigados a utilizar medidas, tratamentos ou intervenções para a manutenção da vida de forma obstinada ou fútil. Isto fica corroborado no Código de Ética Médica³⁵ de 2019, que traz em seu inciso XXII: “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Burlá e Py³⁶ afirmam que a proposta dos cuidados paliativos é

³³ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Editora Loyola: São Paulo, 2011.

³⁴ PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 9ª ed. Editora Loyola: São Paulo, 2010, p. 390.

³⁵ Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica, 2019, p. 17. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

³⁶ BURLÁ, C.; PY, L. Cuidados Paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 30. Rio de Janeiro, 2014, p. 2. Disponível em:

essencialmente ética, em especial no cenário da terminalidade da vida. Transita no tratamento convencional, transgredir a égide da doença e se oferece à transformação da assistência às pessoas com enfermidades que as fazem caminhar inapelavelmente para o fim da vida.

As questões sobre o cuidado no fim da vida provocam reflexão por serem um campo ainda com muito a ser explorado e potencialmente uma área de atuação da psicologia. Para Kovács,³⁷ o movimento dos cuidados paliativos trouxe de volta, no século XX, a possibilidade de reumanização do morrer, opondo-se à ideia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo. É a ideia do morrer como um processo natural da vida, um processo de transformação, de ressignificação, não só para o paciente mas também para a sua família, para a equipe e para todos que formam a unidade de cuidado.

A PSICOLOGIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos são um tipo de atenção que “busca de forma integrada identificar e minimizar problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual.”³⁸ Domingues, Alves, Carmo *et al.*³⁹ afirmam que neste tipo de atenção não há uma busca pela cura, mas sim um acolhimento daquele que, diante da irreversibilidade de sua patologia, receberá um tratamento que preserve sua dignidade, mesmo perante a

<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE020614>. Acesso em: 18 de agosto de 2019.

³⁷ KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, 2003, 14(2), 115-167. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642003000200008>. Acesso em 18 de agosto de 2019.

³⁸ FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; DE MELLO, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n° 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 89.

³⁹ DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. O.; CARMO, P. H. S.; GALVÃO, S. S.; TEIXEIRA, S. S.; BALDOINO, E. F. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, 2013, n° 11, v. 1. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 20 agosto 2019. (p. 6).

morte. Preconiza, pelas características de sua atuação, a necessidade de um trabalho executado por equipe multiprofissional e o apoio, além de ao paciente, aos familiares, mesmo após o óbito, cuidando do luto.

O PSICÓLOGO JUNTO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O termo “multiprofissional” refere-se a “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.⁴⁰ Este trabalho coletivo se faz necessário para assegurar o melhor cuidado bem como olhar para os problemas do paciente ou da família não somente sob uma única perspectiva.⁴¹

Tófoli, Ribeiro e Gonçalves,⁴² discutindo sobre o funcionamento de equipes multidisciplinares que são eficientes, afirmam serem necessários conhecimento e respeito pela contribuição dos outros membros, comunicação clara e efetiva, mecanismos de dissolução de conflitos, treinamento de tarefas e maior proximidade de papéis. Neste contexto, o lugar de atuação do psicólogo junto à equipe deve ser o de buscar manter a homeostase nas suas relações e encontrar vias de comunicação que permitam a troca e o conhecimento, a partir de diferentes saberes.⁴³

⁴⁰ PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 2001, v.35, nº1, p. 108. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200100100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 de agosto 2019.

⁴¹ MCCOUGHAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. In PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. Editora Loyola: São Paulo, 2011, p. 172.

⁴² TÓFOLI, L. F.; RIBEIRO, F.; GONÇALVES, D. A. (2015). O médico e os outros profissionais de saúde – estruturação da equipe de saúde. In BRASIL, M. A. A.; CAMPOS, E. P.; AMARAL, G. F. A.; MEDEIROS, J. G. M. **Psicologia Médica – a dimensão psicossocial da prática médica**. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2015, p. 215.

⁴³ FRANCO, M. H. P. Psicologia. In OLIVEIRA, R. A. **Cuidados Paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP: São Paulo, 2008.

Para que ocorra um trabalho harmonioso da equipe, é fundamental e imprescindível que o relacionamento entre os seus membros seja caracterizado por um diálogo cooperativo e aberto, no qual haja objetividade e clareza na proposição e justificativas de procedimentos técnicos relativos a cada especialidade.⁴⁴ É importante conhecer os procedimentos e intervenções dos outros profissionais e conseguir discutir as abordagens em uma linguagem técnica comum.

Outra função do psicólogo é buscar direcionar o olhar dos outros profissionais para que exista a percepção de aspectos psicológicos presentes não só em relação à doença, mas também no que concerne a possíveis reações à equipe. Assim, torna-se necessário que durante o desempenho de sua função o psicólogo não adote postura onipotente nem de supervalorização do saber psicológico.⁴⁵

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO À FAMÍLIA

Menezes⁴⁶ comenta que a família do paciente, além de ser mais um membro integrante da equipe, é o objeto da atenção e intervenção dos profissionais. Portanto, ela é parte integrante da atenção paliativa. Os familiares, após conviverem com o longo curso de sofrimento, ou mesmo pelas mudanças que suas vidas sofrem quando um membro se mostra gravemente doente, acabam por apresentar uma série de reações emocionais, comportamentais, relacionais etc. Nesse sentido, a tarefa da

⁴⁴ SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 21, nº 50, p. 425, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300015&lng=en&nrm=isso. Acesso em 18 de agosto de 2019.

⁴⁵ BRUSCATO, W. L.; KITAYAMA, M. M. G.; FREGONESE, A. A.; DAVID, J. H. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C. L.; ALMEIDA, S. R. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2010.

⁴⁶ MENEZES, R. A. (2004). **Em busca da boa morte** – antropologia dos cuidados paliativos. Editora Garamond/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2004, p. 98.

equipe é estabelecer uma relação de ajuda que permita aos familiares passarem por este processo sentindo que são acompanhados.⁴⁷

Para isso, a comunicação é fundamental. Desenvolver uma comunicação clara e direta é um facilitador para a adaptação familiar quando ocorre a perda. O trabalho do psicólogo deve ser no sentido de que, quando necessário, haja o desbloqueio da comunicação, não só entre os membros da família e o paciente como entre este e a equipe; por conseguinte, é importante o desenvolvimento de confiança, tolerância e empatia. É fundamental trabalhar de modo a evitar as conspirações do silêncio, proporcionando assim o respeito aos direitos do paciente de fazer suas próprias escolhas, oferecendo informações claras sobre a doença e sua evolução e respeitando seus limites de compreensão e tolerância emocional.⁴⁸

Os membros da família podem viver diversos tipos de sentimentos em relação ao paciente, dependendo do seu relacionamento e do lugar que ele ocupa na dinâmica familiar. Sentimentos confusos e ambivalentes como medo, raiva e desamparo estarão presentes. Há ainda o processo do luto, que busca também colocar a perda sob uma perspectiva significativa, encaixando-a na dinâmica da vida familiar.⁴⁹

Lisboa e Crepaldi⁵⁰ discutem a possibilidade da execução de rituais de despedida entre o paciente e seus familiares como uma intervenção

⁴⁷ REIGADAS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; NOVELLAS, A.; PEREIRA, J. L. O suporte à família em cuidados paliativos. **Textos & Contextos**: Porto Alegre, v. 13, nº 1, p. 161, 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/16478/11761>. Acesso em 18 de agosto de 2019. (p. 161).

⁴⁸ FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; DE MELLO, M. C. B. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, nº 2, Rio de Janeiro, 2011, p. 94.

⁴⁹ WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na família – sobrevivendo às perdas**. Editora Artmed: Porto Alegre, 1998.

⁵⁰ LISBOA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 13, nº 25, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000200009&lng=em&nrm=iso. Acesso em 20 de agosto de 2019.

psicológica em cuidados paliativos, o que permite pedidos de perdão e fechamento de questões pendentes.

O PSICÓLOGO E O PACIENTE

Com relação ao paciente, Menezes⁵¹ define que a equipe interdisciplinar deve estar atenta às crenças e valores do doente e trabalhar com a consciência dos limites temporais; deve atentar também no sentido de garantir o não abandono, já que as relações interpessoais são a força de suporte psicológico mais poderosa no final da vida. Por isso, os profissionais de saúde devem se lembrar que sua própria presença é valiosa⁵².

Assim, o trabalho do psicólogo busca a empatia, que aqui se expressa através de um suporte acolhedor, estando atento a metáforas e a não ditos, e também por meio da construção de um forte vínculo de confiança. É preciso ainda estar atento às linguagens verbal e não verbal do paciente, com suas expressões de angústia, dor e medo. Exercitar mais do que nunca uma escuta ativa, dando mais importância à capacidade de ouvir do que à capacidade de falar, posto que muitas vezes a principal angústia de quem está com o paciente é não saber o que ou como falar. Permitir que o paciente diga o que tem vontade, da forma que ele conseguir.⁵³ É necessário estar preparado para trabalhar com o inesperado, com ideias aterradoras, com o desejo de sobrevivência e fantasias de imortalidade. O psicólogo deve ainda promover e sustentar a dignidade e as possibilidades de exercício da autonomia do sujeito.⁵⁴

⁵¹ MENEZES, R. A. *Op. Cit.*, 2004, p. 112.

⁵² SIMONETTI, A. (2016). **Manual de psicologia hospitalar** – o mapa da doença. 6ª ed. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2016, p. 141.

⁵³ *Idem.*

⁵⁴ KOVÁCS, M. J. Educação para a morte – desafio na formação de profissionais de saúde. Casa do Psicólogo/FAPESP: São Paulo, 2012.

O PSICÓLOGO E A TERMINALIDADE DA VIDA

Discutindo o lugar da morte dentro da psicologia e a pouca produção científica sobre esse tema, Kovács⁵⁵ aponta que isto não deixa de ser um paradoxo, porque, se a morte é uma preocupação universal do homem, e a psicologia estuda a relação do homem com o mundo, então a morte deveria ser área de preocupação primordial desta ciência como campo de estudo e como prática profissional. Porém, é importante notar que durante a formação acadêmica este é um tema pouco discutido.

Comentando sobre o convívio e a relação com a morte, Kovács⁵⁶ afirma que a diferença entre as pessoas em geral e os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos – é que na vida destes a morte faz parte do cotidiano, tornando-se companheira de trabalho. Levando em consideração nossos mecanismos psicológicos e nossa sociedade, que negam a morte, ter esta companheira na prática diária é um processo que no mínimo requer atenção e autocuidado por parte do profissional, de maneira a ele ser capaz de reconhecer seus limites, seus medos e suas próprias questões sobre a morte e o morrer.

Para Eslinger,⁵⁷ é necessário uma reflexão sobre a disponibilidade interna para acompanhar pacientes que estão morrendo, diretamente relacionada à possibilidade de suportar o contato com a própria dor e rever em si o que é considerado conforto e cuidado no processo de morte pessoal.

⁵⁵ KOVÁCS, M. J. Profissionais de saúde diante da morte. In KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2002, p. 238.

⁵⁶ KOVÁCS, M. J. *Op. cit.* 2012, p. 23.

⁵⁷ ESLINGER I. O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In PESSINI, L.; BERTANCHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. Editora Loyola: São Paulo, 2011, p. 158.

CONCLUSÃO

Os cuidados paliativos, com sua filosofia de cuidar do paciente até o último instante, proporcionando a ele possibilidades de exercício de sua autonomia e evitando o tratamento fútil, enquadra-se em um novo paradigma, que busca maior humanização da atenção ou um cuidado integral ao sujeito. Nesta abordagem, a psicologia atua na tríade equipe multiprofissional, paciente e família, propiciando uma melhor comunicação e uma aliança favorável para o desempenho da atenção ao paciente.

O psicólogo executa seu papel e tarefa principal ao buscar construir pontes que facilitem o acesso de todos os envolvidos a conteúdos com absoluta necessidade de expressão, principalmente nos momentos finais. Sua contribuição está em poder apoiar o paciente no exercício da sua autonomia, facilitar as despedidas, os agradecimentos e manter a expressão de seu desejo. É possível ainda na sua prática ajudar os familiares a prepararem seu luto antecipatório e a retomarem sua vida de uma forma mais efetiva. Junto aos profissionais, é importante um conhecimento mínimo das práticas e saberes dos outros membros da equipe, de modo a facilitar não só discussões técnicas como ajudar a circular informações corretas.

São diversos e complexos os desafios que a prática no cuidado paliativo apresenta; e apesar disso, este tema ainda é muito pouco discutido e estudado, podendo levar ao risco de a atuação do psicólogo ser aquém das necessidades dos envolvidos, ou além das possibilidades do profissional – um sujeito que tem de lidar com seus próprios medos e fantasias em relação à morte e ao morrer.

Sendo assim, parece ser importante discutir de forma franca não só o lugar do psicólogo na equipe, suas intervenções e possibilidades, ou ainda a necessidade de haver este profissional de maneira efetiva como

membro obrigatório neste tipo de atenção, mas também sua formação e preparação, tanto técnica quanto emocional e psíquica, para o seu desempenho profissional.

ATO E FATO - NOÇÕES FUNDAMENTAIS PARA BIOÉTICA

Murilo Cardoso de Castro

Neste breve ensaio, diante da amplitude do tema, estão reunidas algumas poucas notas sobre as noções de “ato” e de “fato”, para as quais o qualificador “humano” é desnecessário, pois seria uma pura tautologia, dado que “atos” e “fatos” são prerrogativas únicas e exclusivas do “ser” humano, ou melhor dizendo, são o próprio “ser” do humano. Os atos e fatos têm assim seu princípio no “ser” do humano, sem o elemento humano não há ação; é o próprio “ser” do humano que é causa eficiente da ação ou do fazimento e causa final, no caso da ação, “o *terminus ad quem* de todo e qualquer encaminhamento prático”.¹ Desta maneira, “ato” e “fato” tornam-se, por excelência, conceitos básicos em qualquer reflexão sobre Ética, e coerentemente sobre Bioética. Todavia, mesmo diante de sua máxima relevância, são ainda assim termos irrefletidamente adotados e aplicados.

Antes de prosseguir, portanto, é preciso estabelecer desde já o que é ato ou ação e fato ou fazimento, e como se relacionam entre si. Eis alguns apontamentos a partir de formulações dadas a esses termos por Heidegger, desde o pensamento antigo grego:

1) ato ou ação / atuar ou agir, são termos que traduzem geralmente o grego *praxis/prattein*,² e também outras palavras gregas como *pragma* (negócio, atividade, coisa) e *ergon* (obra, trabalho),³ mas com algumas

¹ ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. Lisboa: Quetzal, 2012, p. 10. Usaremos itálico para palavras estrangeiras e em geral para as palavras do léxico heideggeriano. Não aplicamos acentos na transliteração de palavras gregas.

² “O sentido original do substantivo «práxis» é dificilmente vertido para português através de termos como «ação» ou «prática». (*Ibid.*, p. 11)

³ “[...] o “ser” humano é determinado em seu *ergon* como *praxis*. (HEIDEGGER, Martin. *Basic Concepts of Aristotelian Philosophy*. Bloomington: Indiana University Press, 2009, p. 123).

nuances de sentido. O grego *praxis* não é precisamente o português “práxis”, que geralmente significa um conjunto de atividades ou práticas. Heidegger refere-se à *praxis* como “ação” [*Handeln*] que: compõe com o desvelamento (*altheutein*) todo e qualquer comportamento⁴ humano; permanece efetivamente orientada para o “em-virtude-de” [*Worumwillen*];⁵ pode ser a cada vez de um modo diverso e exigir a cada vez uma resolução no instante,⁶ implicando que suas possibilidades ontológicas dependem da convivência;⁷ significa “ocupação”, *Besorgen*, como propriedade do *ser-aí*, constituído como *ser-no-mundo*, na lida com os *entes intramundanos*, porém primeiramente pré-ocupado [*Sorge*] consigo mesmo e com “sendo-aí”.⁸

2) fato, feito, fazimento, produção ou produto / fazer ou produzir, são traduções do grego *poiesis/poiein*. Essa tradução peculiar a Heidegger, de uma passagem do *Banquete* (205b) de Platão, sintetiza um entendimento sobre fato-feito-produto, ou fazer-produzir: “Todo deixar-viger [*Veranlassung*] o que passa e procede do não vigente para a vigência [*Anwesen*] é *ποίησις* [*poiesis*], é pro-dução [*Her-vor-bringen*].”⁹ O genuíno significado de *poiesis* guarda o sentido de “presentidade” que o antigo pensamento grego atribuía ao *ser*, onde esta presentidade significava “ter-vindo-ao-aí”, especificamente através da pro-dução.¹⁰

⁴ HEIDEGGER, Martin. **Platão: o sofista**. Rio de Janeiro: Forense, 2012a, p. 27.

⁵ *Ibid.*, p. 136. “*Praxis* é “ocupação” [*Besorgen*], e como tal significa nada além de levar-algo-a-seu-fim” (HEIDEGGER, Martin. **Basic Concepts of Aristotelian Philosophy**. Bloomington: Indiana University Press, 2009, p. 41).

⁶ *Ibid.*, p. 198.

⁷ *Ibid.*, p. 200.

⁸ HEIDEGGER, Martin. **Basic Concepts of Aristotelian Philosophy**. Bloomington: Indiana University Press, 2009, p. 121-122.

⁹ HEIDEGGER, Martin. **Ensaíos e Conferências**. Petrópolis: Vozes, 2002b, p. 16. “Uma pro-dução, *ποίησις*, não é apenas a confecção artesanal e nem somente levar a aparecer e conformar, poética e artisticamente, a imagem e o quadro. Também a *φύσις*, o surgir e elevar-se por si mesmo, é uma pro-dução, é *ποίησις*. A *φύσις* é até a máxima *ποίησις*. Pois o vigente *φύσει* tem em si mesmo (*ἐν ἑαυτῷ*) o eclodir da pro-dução. Enquanto o que é pro-duzido pelo artesanato e pela arte, por exemplo, o cálice de prata, não possui o eclodir da pro-dução em si mesmo, mas em um outro (*ἐν ἄλλῳ*), no artesão e no artista” (*Ibidem*).

¹⁰ HEIDEGGER, Martin. **Basic Concepts of Aristotelian Philosophy**. Bloomington: Indiana University Press, 2009, p. 144.

3) A articulação *praxis* e *poiesis* tem alguns aspectos a considerar: são duas possibilidades do “ser” humano que designam dois modos distintos do *ser-aí*, enquanto acontecimento de apropriação¹¹; *praxis* em sentido restrito, em oposição à *poiesis*, não requer conclusão com resultados, mas enfatiza a auto-resolução¹² como fator primário da *praxis*; a *praxis* sem qualquer resíduo de *poiesis*, perdendo até mesmo seu sentido básico de ação, pode se restringir apenas à deliberação – *logos* se tornando *práxis*.¹³

Com esses apontamentos, é indiscutível, principalmente para a Ética, a significação e até centralidade dessas noções. E mais ainda, considerando que o termo “ética” tem sua ascendência etimológica no grego *éthos*, morada do homem¹⁴, no sentido de átrio, “espaço central” em que acontece “ser” humano, em sendo atos e fatos em aparente sucessão, ou, dito de outro modo, onde a realidade se realiza, em se tornando “humanamente” real.

Em Heidegger, acusado de não escrever nenhum tratado ético, o arcabouço de uma ontologia fundamental do “ser” humano, indispensável para se pensar a Ética,¹⁵ já se enuncia através de sua “analítica existenciária” do *ser-aí* (*Dasein*),¹⁶ termo que ele adotou para se referir ao

¹¹ *Ibid.*, p. 127.

¹² *Idem.*

¹³ *Ibid.*, p. 146.

¹⁴ [...] ἐπιστήμη ἠθικῆ [ciência da ética], designa o entender-se com aquilo que pertence ao ἦθος [éthos], ἦθος significa, originariamente, morada, modo de ater-se a... No título ἐπιστήμη ἠθικῆ faz-se referência a ἦθος. Significa, pois, o ater-se do homem, o habitar, a “moradia” dos homens em meio à totalidade dos entes. O essencial no ἦθος, nesse ater-se, é o modo em que o homem se detém e comporta frente ao ente, e com isso se mantém e se deixa deter. O entender-se com o ἦθος, o saber do ἦθος, é a “ética”. (HEIDEGGER, Martin. **Heráclito**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998)

¹⁵ “[...] a palavra ética significa que com ela se está pensando a morada do homem, então aquele pensar que pensa a verdade do ser como o elemento originário do homem, enquanto ek-sistente, já é em si ética.” (HEIDEGGER, Martin. **Marcas do Caminho**. Petrópolis: Vozes, 2008b, p. 369).

¹⁶ “A tarefa de uma analítica existenciária do Dasein quanto a sua possibilidade e a sua necessidade já está prefigurada na constituição ôntica do Dasein.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2012b, p. 61)

aqui denominado “ser” humano (com aspas enfatizando “ser”). Esta mesma analítica vai ajudar a examinar as noções de “ato” e de “fato”, enquanto especificidades inatas do *ser-aí* e tão relevantes para Ética.

Para a Bioética, vale o dito anteriormente, pelo tanto de herdeira que tem da Ética, mas vale ainda mais, ou deveria valer, por seu prefixo “Bio-” derivado do grego “*bios*”. Para Heidegger: “tanto o βίος [*bios*] quanto a ζωή [*zoe*] denominam a vida, mas frequentemente o βίος tem uma significação acentuada: biografia, história de vida, ‘vida’ não no sentido biológico-zoológico, mas *qua* ‘ser-aí’, *qua* existência”¹⁷. A Bioética ao compor “Bio” e Ética, cunhou um termo da maior significância, adequado à multidimensionalidade de sua empreitada. Aventurou-se além do domínio conhecido das ciências da saúde, em direção à esfera de maior amplitude e mistério da existência humana, em progressiva miscigenação e transformação pelos avanços científicos e tecnológicos, em biotecnologias e engenharia genética.

Não importa se ciente ou não da significância da composição Bios e Ética, importa que a Bioética pela natureza da composição de seu nome, se obriga a uma necessária reflexão filosófica¹⁸ tanto no campo da Ética, já com longa tradição filosófica, como no campo da “Vida”, não só em termos das biociências a que se refere, nem só quanto à filosofia da vida que pressupõe, mas também, muito mais à filosofia existencial a que se aventura. No tocante às noções de “ato” e de “fato”, torna-se indispensável à Bioética levar em conta as correntes existencialistas, em particular a fenomenologia de Heidegger e sua ontologia fundamental.

A fundamentação da Ética, e por conseguinte, mais ainda da

¹⁷ HEIDEGGER, Martin. **Introdução à Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a, p. 179.

¹⁸ “Embora médicos, enfermeiras, clínicos, advogados, biólogos, teólogos, e outros pesquisadores façam valiosas contribuições para a bioética, ela é antes de mais nada uma disciplina filosófica.” (CAPLAN, Arthur & ARP, Robert (ed.). **Contemporary debates in bioethics**. Chichester: John Wiley & Sons, 2014, p. 6)

Bioética, está assim devidamente comprometida com uma “ontologia fundamental” do “ser” humano, o *ser-aí, em que* há dação de atos e fatos, *com que* a própria dação de atos e fatos é re-conhecida, e, mais importante que tudo, *de que* a dação de atos e fatos é constituída. É uma ontologia que vai além do “humano”, sem renunciá-lo ou repudiá-lo, em direção ao *ser do Aí*, enquanto abertura de *ser-no-mundo, em que, com que, de que*, atos e fatos, são constituídos desde uma *clareira do ser*.¹⁹

Essa fundamental, para Ética e para Bioética, co-originariedade “ser” humano e atos-fatos é repensada por Heidegger a partir do pensamento antigo: “Para antiguidade ser-aí era também conhecido como ação genuína, como $\pi\rho\tilde{\alpha}\xi\iota\varsigma$ [*praxis*]”.²⁰ Assim caracterizado e considerado o “ser” humano enquanto ação (*praxis*) e fazimento (*poiesis*), cabe então dentro da linha fenomenológica-existencial de Heidegger, se pôr à escuta do pensamento antigo grego sobre esse tema relevante desde então. Cabe além do mais, no tocante a essas duas modalidades de “ser” do humano, elaborar seu acolhimento e possível interpretação em conformidade com a questão chave da ontologia fundamental de Heidegger, a questão do sentido do *ser*, cujo acesso só é possível através do *ser-aí*, do “ser” humano.

Em comunhão com tal postulação da inerente natureza comum de “agir” ou de “fazer”²¹ e de “ser” humano, o restante deste ensaio vai construir sua argumentação, via essa recuperação do pensamento grego antigo, especialmente aristotélico, consoante o convite de Heidegger, para aquilo que denominou um “outro início” do pensamento ocidental. Esse “outro início” do pensar, promovido por Heidegger, se assenta na

¹⁹ “Estar postado na clareira do ser, a isso eu chamo de ek-sistência do homem. É só ao homem que é próprio esse modo de ser.” (HEIDEGGER, Martin. **Marcas do Caminho**. Petrópolis: Vozes, 2008b, p. 336)

²⁰ HEIDEGGER, Martin. **The Metaphysical Foundations of Logic**. Bloomington: Indiana University Press, 1992, p. 183.

²¹ “Todo fazer é um agir, mas nem todo agir é um fazer.” (HEIDEGGER, Martin. **A Essência da Liberdade Humana**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2012c, p. 231)

disposição de espírito, ou tonalidade afetiva fundamental, que é o “espanto”²² e não na “admiração” (grego *thaumazein*) do “primeiro início”. Em outros termos, não há *esquecimento do ser* [*Seinsvergessenheit*], como no primeiro início, em que se admira e se questiona “o que é o ente?”, segundo a premissa do ser-presença, essência do ente.

O “outro início”, que a tonalidade afetiva “espanto” vem a conclamar, é um pensar aquiescente ao *ser* que atualiza “ente”, “sendo”; um assentimento do *ser* como possibilidade que se atualiza;²³ a *verdade do ser*²⁴ que se essencializa, que vige. Um pensar que se dá conta do ente *sendo* mas também do *ser* essencializando como *verdade do ser*, de modo algum como presentidade. Um pensar que é incessante “des-encobrimento” ou “desvelamento”, *aletheuein*,²⁵ que re-vela o “sendo”, o “ente” que surge do *ser*, à semelhança de um “filme” a se delinear em uma “tela”. Enfim, um pensar o *ser*, que se deixa vislumbrar pelo “sendo”, este mesmo *ser* que se retrai, ao mesmo tempo, e volta a se “velar”, se “encobrir”, enquanto *ser*, pelo fascínio humano com o “ente”. Na metáfora tela-filme, fascínio pelo “filme” no esquecimento da “tela”, enquanto possibilidade de atualização do filme.

Em seu curso sobre o *Sofista* de Platão,²⁶ Heidegger oferece como introdução ao curso, uma análise desse “desvelamento”, conforme pensado por Aristóteles na *Ética a Nicômaco*. Reafirma o que particulariza o “ser” humano para tradição grega: um atuar ou agir (*praxis*) e um fazer

²² *Ibid.*, p. 18 e 48.

²³ “O ente” – essa palavra não denomina apenas o efetivamente real e esse até mesmo apenas como o presente à vista e esse apenas ainda como objeto do conhecimento, não somente o efetivamente real de todo e qualquer tipo, mas, ao mesmo tempo, o possível, o necessário, o casual, tudo o que se encontra de alguma maneira no *seer*, até mesmo o nulo e o nada. (*Ibid.*, p. 76)

²⁴ “A pergunta sobre a verdade do *seer* aponta certamente para a inserção violenta em algo resguardado; pois a verdade do *seer* – como verdade pensante ela é o saber insistente sobre como o *seer* se essencializa [...] se o ente é, o *seer* precisa se essencializar. (HEIDEGGER, Martin. **Contribuições à Filosofia**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2014, p. 10)

²⁵ *Ibid.*, p. 34.

²⁶ HEIDEGGER, Martin. **Platão: o sofista**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

ou produzir (*poiesis*). Ao mesmo tempo, declara e elabora os modos de “desvelamento” (*aletheuein*), constituindo cada qual um aspecto do “ser” humano, um “como” da realidade se realizando “humanamente” em ação (*praxis*)²⁷ ou em fazimento (*poiesis*). E justifica essa declaração, por ser *aletheuein* uma possibilidade da alma humana (*psyche*), certamente constitutiva do “ser” humano e, por decorrência, também constitutiva da natureza fundamental da *praxis* e da *poiesis* enquanto dação espontânea do *ser* de um humano, definido por Aristóteles como “vidente possuidor de *logos*”, *ζῶον λογόν ἔχον*.²⁸

Como vidente possuidor de *logos*, ganha destaque no “ser” humano, o *logos*²⁹ que acolhe o *que é* e mostra a realidade se realizando em atos e fatos, nos quais é irrelevante o ator ou feitor, a atuação ou feito, ou qualquer resultado, produto ou efeito destes atos ou fatos. Relevante mesmo, em qualquer ato ou fato, é o *logos* em sua mostração do fenômeno, ato ou fato, que assim se insinua e se caracteriza no verbo que vai nomear especificamente este fenômeno de agir ou fazer. Relevante, portanto, é o “ser” do humano, em sendo e dando sentido, pelo *logos*, pelo verbo que unifica ator e atuação em qualquer ato, ou feitor e feito em qualquer fato. No *logos*, no enunciado que acolhe e mostra, o essencial é o dizer na aceção de tornar manifesto, de se ver e aprender cada ato e fato como

²⁷ “Ο ἀληθεύειν (desvelamento) constitui o modo de realização de uma ποίησις (produção) ou de uma πράξις (ação).” (*Ibid.*, p. 39)

²⁸ “Ο ἀληθεύειν (desvelamento) mostra-se, portanto, de início no λέγειν (falar). Ο λέγειν, falar, é a constituição fundamental do ser-aí humano. Na fala, ele se exprime, de tal modo que fala sobre algo, sobre o mundo. Esse λέγειν (falar) era para os gregos algo tão presente e cotidiano, que eles conquistaram a definição do homem com vistas a esse fenômeno e a partir dele, determinando-o como ζῶον λόγον ἔχον (ser vivo que possui linguagem)” (*Ibid.*, p. 17-18).

²⁹ “Dizer é λέγειν. Esta afirmação, quando bem pensada, se despe, então, de tudo que é banal, desgastado e vazio. Evoca sim o mistério insondável de a fala da Linguagem acontecer em sua propriedade pelo des-encobrimento do vigente e se determinar de acordo com a disponibilidade que deixa o real à disposição num conjunto. [...] Ο λόγος leva o fenômeno, isto é, aquilo que se põe à disposição, a aparecer por si mesmo, a brilhar à luz de seu mostrar-se (cf. Ser e tempo, § 7B). [...] Dizer é deixar o real disponível num conjunto que, recolhido, acolhe.” (HEIDEGGER, Martin. **Ensaios e Conferências**. Petrópolis: Vozes, 2002b, p. 188)

ele é. O dizer do *logos*, a “estória” que conta do ato ou do fato, traz, expõe, põe diante, desvela um ato ou fato e o que *Alí* se mostra, como atores-atuações, fatores-feitos e verbos conectivos de ação e de fazimento.

Aristóteles, na *Ética a Nicômaco* (VI, 2-6), enumera cinco modos desse desvelar em espontânea dação em qualquer ato (*praxis*) ou fato (*poiesis*). Na tradução de Heidegger,³⁰ são “cinco os modos, portanto, nos quais o ser-*alí* humano descerra o ente como atribuição e negação”. Ou seja, de cinco maneiras distintas, atos e fatos se dão *Alí* re-velando “entes”, lhes atribuindo ou lhes negando, o que quer que seja. Nesse juízo que atribuí ou nega, nessa resolução do que é recolhido e expresso, nesse *logos*, que, por modos de desvelamento, afirma ou nega o que *Alí-se-é*, há dação do “humano” em meio a totalidade de entes.

Os modos de desvelamento são assim enumerados em uma espécie de progressão do mais elementar e ordinário, até certo ponto compartilhado com as outras espécies de animais, a *techne* (a perícia), até o mais característico da natureza do “ser” humano, o *noûs* (o pensar): “saber-fazer [*techne*] – na ocupação, na manipulação, na produção; ciência [*episteme*]; circunvisão [*phronesis*] – intelecção [ou deliberação]; compreensão [*sophia*]; e, suposição apreendedora [*noûs*]”.³¹ Interessantemente, Heidegger salienta que Aristóteles acrescenta a estes modos, dois outros modos “enganosos”, ou seja, que mais velam do que desvelam, e bastante presentes no mundo atual: o tomar por, considerar algo verdadeiro [*hypolepsis*] e a opinião [*doxa*].

Os cinco modos de desvelamento, à exceção evidentemente do modo mais próprio de “ser” do humano, o *noûs*, o “notar que apreende o notado”,³² “encontram-se em uma conexão com o *logos* (discurso)”,³³ e

³⁰ HEIDEGGER, Martin. **Platão: o sofista**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 21-22.

³¹ *Ibid.*, p. 21-22.

³² *Ibid.*, p. 22.

³³ *Idem.*

através do *logos* cada um desvela os atos e fatos a seu modo. Dado que Aristóteles afirma que “a alma desvela”, Heidegger conclui que a verdade, termo que pobremente traduz a palavra grega *aletheia*, “é de qualquer modo uma determinação do ser do próprio ser-aí humano”,³⁴ ou seja, é o *ser-aí* humano “que é propriamente verdadeiro”,³⁵ e assim o é em distintos modos de desvelamento.

Mesmo no *decair* [*Verfallen*]³⁶ do *ser-aí*, por exemplo, na *inautenticidade* ou *impropriedade* [*Uneigentlichkeit*] da identificação com um “ator” do ato e com uma “atuação” do mesmo ato, que se caracteriza por um encobrimento da *verdade do ser*, sob a forma de ignorância, opinião ou erro³⁷, ainda assim vige a *autenticidade* ou *propriedade* [*Eigentlichkeit*] do “ato” humano, enquanto dação do *ser-aí*, por conseguinte, prevalece a verdade do *Aí-se-é*. O mesmo vale para a impropriedade de uma fascinação com o “feitor” e com o “feito” de um fazimento, onde também não deixa de prevalecer antes de tudo mais, um próprio “fazer” (*poiesis*), uma dação do “ser” humano.³⁸

O *ser* do *Aí* na inautêntica identificação com ator e atuação, na imprópria fascinação com feitor e feito, ou na serenidade [*Gelassenheit*] do “deixar-ser” [*Sein-lassen*], é recorrente “resolução” (ou ser-resoluto [*Entschlossenheit*]) que “traz o ser do aí para a existência de sua situação”,³⁹ mas jamais é decisão [*Entscheidung*] de um sujeito-humano, de um “fulano de tal”. O que não significa que não haja “responsabilidade”, pois atos-

³⁴ *Ibid.*, p. 23.

³⁵ *Idem.*

³⁶ “O Dasein, como poder-ser si-mesmo próprio, já sempre desertou de si mesmo, decaindo no ‘mundo’.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes, 2012b, p. 493)

³⁷ *Idem.*

³⁸ “Os dois modi-de-ser da propriedade [autenticidade] e da impropriedade [inautenticidade] – expressões terminologicamente escolhidas no estrito sentido da palavra – fundam-se em que o Dasein é em geral determinado pelo ser-cada-vez-meu. Mas a impropriedade do Dasein não significa algo como ser “menor” ou um grau-de-ser “inferior”. Ao contrário, a impropriedade pode determinar o Dasein segundo sua mais completa concretização em suas ocupações, atividade, interesses e sua capacidade-de-gozar.” (*Ibid.*, p. 141-142)

³⁹ *Ibid.*, p. 819.

fatos são *ser-ai* e este é atos-fatos, ou seja, *ser-ai* e atos-fatos se co-respondem mutuamente; o que significa, ao mesmo tempo, que não há responsabilidade de um determinado “fulano de tal”, mas que esta é decorrente da “pessoalidade”⁴⁰ que o antecipa na dação de atos e fatos. Para tal pessoalidade, leis e convenções sociais podem, com vistas à convivência social, determinar “fulano é responsável”, neste caso, referindo-se em um ato qualquer, convenientemente, à pessoa na dobradinha ator-atuação, ou feitor-feito; um expediente útil na vida em sociedade, porém uma abstração artificial e clara de redução do *ser-ai* à pessoalidade enquanto corpo-mente e ao paradigma sujeito-objeto.

[...] a essência do homem não é esgotada em sua humanidade, mas ela se consoma pela primeira vez e se determina propriamente na pessoalidade. Ela transforma o homem em um ser racional e, ao mesmo tempo, em um ser imputável. Um ser, ao qual algo pode ser imputado, precisa poder ser em si responsável por si mesmo. A essência da pessoa, a pessoalidade, consiste na autorresponsabilidade. [...] A essência do homem, a humanidade, não consiste, por conseguinte, em sua humanidade, caso entendamos por tal humanidade a unidade de razão e sensibilidade, mas ela se encontra para além dessa sensibilidade na pessoalidade. O ser homem propriamente dito, a essência da própria humanidade, reside na pessoa. [...] Se tomarmos o homem não como ser sensível e como ser mundano, não cosmologicamente, mas se o compreendermos a partir daquilo que o distingue, a partir de sua pessoalidade, então o teremos em vista como um ser responsável por si. Responsabilidade por si é, nesse caso, o modo fundamental do ser, que determina todo fazer e deixar de fazer, o agir humano especificamente distinto, a práxis ética.⁴¹

Essa constatação, eventualmente recebendo forma normativa e legal, para imputar um ator e um feitor a respectivos atos e fatos, não é um caminho capaz de alcançar, abarcar, determinar e compreender a integralidade de um ato e nem de um fato. Não se chega ao “efetuar originário” de atos e fatos, como afirma Heidegger: “O agir da pessoa ética

⁴⁰ “Para Kant, a pessoalidade significa aquilo que constitui a pessoa enquanto pessoa, o ser pessoa” (HEIDEGGER, Martin. **A essência da liberdade humana**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2012c, p. 301).

⁴¹ *Ibid.* p. 301-303.

é um efetuar originário, isto é, que não provém primeiramente de uma origem, mas que é ele mesmo uma origem”.⁴² Aquém do “efetuar originário” de atos e fatos, só é possível reunir elementos indicando a presença de entes e apontar corpo(s)-mente(s) objetificados,⁴³ em operação em supostos atos ou fatos, vislumbrados em seus resíduos sensíveis.

Cabe aqui retomar o dito anteriormente sobre o diferencial do “ser” humano, o *logos*, enquanto pensar disposto pela linguagem, ressonância da vigência do *noûs*⁴⁴ como modo de desvelamento, em todo e qualquer agir-atoar ou fazer-produzir, se dando seja no exercício de pensar calculativo/racional (*dianoein*), ou de pensar meditativo/teorético (*noein*). Cabe também tomar a tradução heideggeriana⁴⁵ da frase do poema de Parmênides, “o mesmo, ser e pensar” e ainda mais seu complemento em outro fragmento do poema, “o mesmo é pensar e o pensamento de que o é; pois sem o ente em que é, enquanto o que se exprime, não podes encontrar o pensar”. Tendo em foco e articulando essas duas notas – 1) o pensar, ressoando o modo de desvelamento primal do “ser” humano; 2) a mesmidade ser-pensar –, faz todo sentido a perplexidade de Hannah Arendt, tão mal compreendida à época, com a carência do pensar, especialmente meditativo, e a decorrente *inautenticidade* do *ser-aí*, na maioria dos atos e fatos que deste mesmo *ser-aí* são constituídos ao mesmo tempo que o constituem. Ela descreve magistralmente isto através do que denominou a “banalidade do mal”:

⁴² *Ibid.*, p. 232.

⁴³ “O agir da matéria não é um efetuar originário.” (*Idem*)

⁴⁴ “Esse νοῦς (pensamento) na alma humana não é um νοεῖν, um ver puro e simples, mas um διανοεῖν (um pensar discursivo), porque a alma humana é determinada pelo λόγος (discurso). Com base no λόγος (discurso), na interpelação discursiva de algo como algo, o νοεῖν (pensar) se transforma em διανοεῖν (em pensar discursivo)”. (HEIDEGGER, Martin. **Platão: o sofista**. Rio de Janeiro: Forense, 2012, p. 64)

⁴⁵ HEIDEGGER, Martin. **Ensaaios e Conferências**. Petrópolis: Vozes, 2002b, p. 205-206.

Por trás desta expressão não procurei sustentar nenhuma tese ou doutrina, muito embora estivesse vagamente consciente de que ela se opunha à nossa tradição de pensamento — literário, teológico ou filosófico — sobre o fenômeno do mal. [...] Aquilo com que me defrontei, entretanto, era inteiramente diferente e, no entanto, inegavelmente factual. O que me deixou aturdida foi que a conspícua superficialidade do agente tornava impossível retrair o mal incontestável de seus atos, em suas raízes ou motivos, em quaisquer níveis mais profundos. Os atos eram monstruosos, mas o agente — ao menos aquele que estava agora em julgamento — era bastante comum, banal, e não demoníaco ou monstruoso. Nele não se encontrava sinal de firmes convicções ideológicas ou de motivações especificamente más, e a única característica notória que se podia perceber tanto em seu comportamento anterior quanto durante o próprio julgamento e o sumário de culpa que o antecedeu era algo de inteiramente negativo: não era estupidez, mas irreflexão.⁴⁶

A conclusão de Arendt⁴⁷ é que a inautêntica identificação com ator e atuação ou a imprópria fascinação com feitor e feito denunciam a total ausência de “pensar meditativo”, que é absolutamente diferente de “pensar calculativo”, ou apenas “ter pensamentos”. Pensar é pôr-se à escuta do quinto modo de desvelamento, o *noûs*, que Aristóteles destaca dos demais modos, pois se exercita em todos os demais modos, em maior ou menor grau deste “notar que apreende o notado”. A “irreflexão” que Arendt se refere é esta pobreza, e até aparente ausência, daquilo que faz ressoar o “ser” do humano em atos e fatos, que lhe faculta a serenidade de “deixar-ser”, que não é de jeito nenhum passividade nem militância *Aí*, ou seja, não é um “deixador”, outro “ator-atuando-atuação”, mas puramente a síntese desta tríade que é definitivamente a forma de dação do “ato” (*praxis*) propriamente dito enquanto modalidade de *ser-aí*.

Heidegger acentua dentre os vários sentidos do *logos* no pensamento antigo grego aquele que o reconhecia como um reunir que recolhe e expressa em discurso *o que seja*, assim justamente fundamentando o “ser” humano como *ζῶον λογόν εχον*. Essa recolha e expressão, essa síntese (*synthesis*) do *ser-aí*, se evidencia na tríade em dação em qualquer ato

⁴⁶ ARENDT, Hannah. **A Vida do Espírito**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000, p. 5-6.

⁴⁷ *Idem*.

sob a forma ator-atuando-atuação, ou, em qualquer fato, sob a forma feitor-fazendo-feito. Isto não é exclusividade de atos e fatos, que apenas se apresentam como as duas modalidades de *ser-ai* que categorizam qualquer verbalização referente ao “ser” do humano. Vale em todas as situações em que, no *ser* do *Ái*, o *ser* se retrai ao gerúndio do verbo (*logos*⁴⁸) no centro da forma de dação da tríade. Ou seja, o *ser* se retrai ao *logos* que recolhe e expressa, de modo circunstancial e contingencial, a natureza do ato ou do fato, indicada pelo gerúndio do verbo que unifica ator-atuação ou feitor-feito em uma tríade. Por exemplo, na retração do *ser* ao gerúndio do verbo “atuar”, “atuando”, ou, do verbo “fazer”, ao gerúndio “fazendo”. Isto vale até mesmo na omissão do gerúndio, no *abandono do ser* [*Seinsverlassenheit*], na inautêntica identificação apenas com ator e atuação, ou na imprópria fascinação apenas com feitor e feito.

Pode-se aplicar a tríade em dação em qualquer ato ou fato, qualquer que seja o verbo (*logos*) que venha a reunir e expressar o ato ou fato. Por conseguinte, há recorrente dação em tríades de atos e fatos, ou seja, o *ser-ai* é essa abertura em um *Ái em que, com que e de que* há dação de atos e fatos, ao mesmo tempo que o *ser* está sempre se retraindo ao gerúndio, ao circunstancial e contingencial, simbolizado pela verbalização central à tríade de qualquer ato-fato. Por exemplo: o fato “produzir”, como a tríade produtor-produzindo-produto; o ato “agir”, como agente-agindo-agido; o ato “conhecer”, como conhecedor-conhecendo-conhecido; o ato “amar”, como amante-amando-amado, etc.

O interessante é notar que *ser* enquanto verbo “ser” não admite tal tríade, ou seja, pode-se denominar um autor do atuar, um feitor do fazer, um produtor do produzir, um conhecedor do conhecer, etc., mas jamais

⁴⁸ No *logos* que recolhe e expressa o gerúndio do verbo no centro da tríade de um ato ou fato, se dá um desvelamento determinante do *ser-ai*. “O *ἀλλοθεύειν* (desvelamento) é uma determinação do ser da vida; ele é atribuído particularmente ao *λόγος* (discurso)” (HEIDEGGER, Martin. **Platão**: o sofista. Rio de Janeiro: Forense, 2012a, p. 27).

pode-se nomear algo como tal do verbo “ser”,⁴⁹ o que deixa a tríade de “ser” reduzida apenas ao gerúndio do verbo, “sendo”, *o ente que é*, flutuando no *ser-aí* em permanente acontecimento apropriador de qualquer ato ou fato em dação em sua tríade correspondente.

Isso posto, então de onde surge o paradigma sujeito-objeto que confunde e assombra o pensamento moderno? Ao se nomear, por exemplo, um “conhecedor” desde o verbo “conhecer”, ou seja, ao dar-se a tríade conhecedor-conhecendo-conhecido, há o risco, em um pensamento calculativo, de se admitir de antemão um “sujeito” que conhece. Imiscui-se sutilmente um equívoco: mal interpretar a dação em tríade de um ato ou fato, enquanto simples desdobramento de um *Aí-se-é*, como afirmação de um sujeito objetificando objeto, e, ainda pior, admitir a possibilidade de retroatividade implícita, qual seja, um objeto objetificando sujeito.

Su-jeito ob-jetificando ob-jeto, realça o equivocado desdobrar de uma tríade mal formulada em todo e qualquer *Aí-se-é*, desta feita em termos de algo lançado [*jectum*] desde algo sob [*sub*] o lançamento, que o confirma lançado diante de si. A ênfase nesta pseudo tríade, desde Descartes, praticamente responde pelo *abandono do ser*, na trilha do *esquecimento do ser*, que caracteriza a Metafísica. Posto que qualquer metafísica “funda uma era, na medida em que, através de uma determinada interpretação do ente e através de uma determinada concepção da verdade, lhe dá o fundamento da sua figura essencial”.⁵⁰ Essa “figura essencial” que vai assim predominar na Modernidade, dispõe que: 1) a interpretação do “sendo”, do “ente” se dê como objeto da objetificação

⁴⁹ “A palavra “ser”, em cada uma de suas variações, se comporta com respeito ao ser em si mesmo por ela evocado de um modo essencialmente diverso do que todos os outros substantivos e verbos da linguagem com relação ao ente neles evocado”. (HEIDEGGER, Martin. **Introdução à Metafísica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1999, p. 115).

⁵⁰ HEIDEGGER, Martin. **Caminhos de Floresta**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002a, p. 97.

de um sujeito que, por sua vez, se objetifica desde o objeto objetificado “diante de si”; 2) que a concepção da verdade se assente na “certeza” do enunciado correto de uma representação do “sendo”, de ambos “entes” sujeito e objeto, e não na *aletheia*, no ser desencobridor “aquele mesmo que arranca o mundo ao fechamento e ao encobrimento”,⁵¹ ou seja, no próprio *ser-aí* enquanto “guardião da verdade do ser”.⁵²

O paradigma sujeito-objeto, dominante na Modernidade, falsifica o desdobramento da tríade em o *Ai-se-é*, e a reduz a uma díade de somente dois “objetos” de interesse, embora um deles cognominado “sujeito”, mas somente enquanto apelido, porém sem sentido maior que não seja a conveniência e consistência da formulação. O verbo que os reunia em tríade em seus papéis precípuos, na origem do desdobramento, é também indevidamente assimilado a um dos papéis, aquele denominado “sujeito”. Com todas estas reduções e assimilações se concretiza o *abandono do ser*, que já se prenunciava no *esquecimento do ser*, no “primeiro início, pela consideração do *ser* como uma entidade, a presentidade do “sendo”, do “ente”. O pensamento cartesiano decretou definitivamente o *abandono do ser*, chancelando o *esquecimento do ser* que já se predispunha no “primeiro início” da Metafísica. O golpe mortal foi atribuir o verbo ao “sujeito cartesiano”, “*eu penso logo eu existo*”. Atos e fatos enquanto modalidades do *ser-aí*, agora têm uma única e exclusiva “representação” que se assenta e se

⁵¹ Nos gregos, a verdade, para nós o positivo, é expressa negativamente como ἀλήθεια (verdade – desvelamento), enquanto a falsidade, para nós o negativo, é expressa positivamente como ψευδός (falso), ἀλήθεια significa: [16] não estar mais velado, estar descoberto. Essa expressão privativa indica que os gregos tinham uma compreensão de que o não encobrimento do mundo precisa ser primeiro conquistado, que ele é algo que não se acha de início e na maioria das vezes disponível. (HEIDEGGER, Martin. **Platão: o sofista**. Rio de Janeiro: Forense, 2012a, p. 15-16)

⁵² [...] tornar-se fundador e o guardião da verdade do seer [tradução do alemão medieval *Seyn*, adotado por Heidegger], ser o *aí* como o fundamento usado pela própria essência do seer: o cuidado, não como pequena preocupação em torno de algo qualquer e não como denegação do júbilo e da força, mas mais originário do que tudo isso, porque unicamente “em virtude do seer”, não do seer do homem, mas do seer do ente na totalidade. (HEIDEGGER, Martin. **Contribuições à Filosofia**. Rio de Janeiro: Via Vérita, 2014, p. 20)

assegura apenas no “humano” enquanto ator e feitor, enquanto o sujeito-agente.

Ao objeto pertence tanto o teor de consistência (o *quid*) do que se contrapõe (*essentia-possibilitas*) como a posição do que se opõe (*existentia*). O objeto constitui a unidade de persistência dessa consistência. Em sua insistência, a consistência refere-se essencialmente ao pôr da representação como uma posse asseguradora que põe algo diante de si, que pro-põe. O objeto originário é a objetividade em si mesma. A objetividade originária é o “eu penso”, no sentido do “eu percebo”, que já se apresenta e já se apresentou, é *subiectum*, na ordem da gênese transcendental do objeto, o sujeito é o primeiro objeto da re-presentação ontológica.⁵³

Em termos de progresso tecno-científico e sócio-político-econômico, a objetificação mútua de sujeito e objeto foi um estandarte que altivo brilhou desde o início da Modernidade. Desde então, os atos e os fatos devem ser objetificados para poderem ser determinados e, especialmente, controlados. O método científico, o modelo por excelência da ciência, se consagra como o “*Discurso do Método*” a perpassar todas as “regiões do ente”, conforme abertas pela investigação científica, que projeta a área “objectual” tanto do tecno-científico quanto do sócio-político-econômico, embora este último ainda com certa força na objetificação⁵⁴. Todavia, a apropriação científica de atos e fatos pelo *Método* é uma quimera. O método científico só é capaz, por natureza própria, de se apropriar com alguma exatidão daquilo que ele, método, faz representar como sujeito-objeto, na redução ou, poderíamos dizer abstração, da totalidade de entes no *Aí-se-é*.

O conhecer, enquanto investigação, pede contas ao ente acerca de como

⁵³ HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e Conferências**. Petrópolis: Vozes, 2002b, p. 64.

⁵⁴ [...] a investigação matemática da natureza não é exacta porque calcula com precisão, mas tem de calcular desse modo porque a ligação à sua área de objectos tem o carácter da exactidão. Pelo contrário, todas as ciências do espírito, até mesmo todas as ciências do vivente, têm de ser necessariamente inexactas, precisamente para permanecerem rigorosas. (HEIDEGGER, Martin. **Caminhos de Floresta**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002a, p. 101)

e em que medida ele pode ser tornado disponível para o representar. A investigação dispõe do ente quando pode calculá-lo previamente no seu curso futuro ou quando pode conferi-lo como passado. No cálculo prévio, é a natureza que é interceptada, no conferir historiográfico, a história. A natureza e a história tornam-se no objeto do representar explicativo. Este conta com a natureza e faz contas com a história. Só é, só vale como sendo, aquilo que deste modo se torna um objeto. Só se chega à ciência como investigação se o ser do ente for procurado em tal objetividade.⁵⁵

Na irrelevância propugnada ao “ser” do humano, atos e fatos, agora ilusoriamente desprendidos do *ser-aí*, têm doravante um centro de referência, o “humano, simplesmente humano”, como diria Nietzsche. A Renascença proclamava o retorno à antiguidade greco-romana, com a decorrente liberação da sobrecarga de pensamento teológico medieval, com seu paradigma Criador-criatura. Descartes, homem renascentista, instiga mais e mais a aparente centralidade do humano, no *abandono do ser*, e defende em seu pensamento que assim se progrida dentro do arcabouço determinante de ente e verdade que configura a Metafísica da Modernidade. Está doravante em jogo a consagração do “humano”, mas ao mesmo tempo sua morte pela ignorância do “ser” do humano. Esta abstração chamada “humano” é uma casca conceitual, possivelmente útil como *ente subsistente* [*Vohandenheit*] ou *ente utilizável* [*Zubandenheit*] em investigações científicas, porém sem *ek-sistência*⁵⁶, a própria essência do *ser-aí*. A ciência acusa a filosofia de especular, porém atos e fatos examinados como um conjunto de entes subsistentes e utilizáveis interagindo e se articulando em um dado recorte da realidade é o que verdadeiramente se poderia chamar de “especulação”.

Concluindo, o que seria então um pensar meditativo, fiel a atos e fatos entendidos como modalidades únicas e exclusivas do *ser-aí*? Neste

⁵⁵ *Ibid.*, p. 109.

⁵⁶ “Estar postado na clareira do ser, a isso eu chamo de ek-sistência do homem. É só ao homem que é próprio esse modo de ser. O que se compreende assim como ek-sistência não é só o fundamento da possibilidade da razão, ratio, mas é igualmente aquilo onde a essência do homem guarda a proveniência de sua determinação.” (HEIDEGGER, Martin. **Marcas do Caminho**. Petrópolis: Vozes, 2008b, p. 336)

pensar, o não *abandono do ser* significaria em seu “não”, pura negação do *abandono*, contracorrente resistindo ao avanço da Modernidade? A esta última questão pode-se de pronto responder que de modo algum se propõe qualquer contracorrente, pois isso mesmo seria propor apenas um deslocamento de paradigmas, mantendo a problemática inautêntica identificação a ator e atuação, embora segundo outro paradigma contrário, ou, a também problemática imprópria fascinação a feitor e feito, embora segundo outro posicionamento. O que se precisa é de um deslocamento sim, melhor ainda, um trânsito livre bi-direcional de um pensar puramente calculativo para um pensar meditativo, que não é um novo pensar, mas um “outro pensar” que jamais se ausentou, apenas se encobriu sob o véu de muita inautenticidade e impropriedade na identificação e fascinação aos polos da tríade em desdobramento no *Aí-se-é*. O *em que* *Aí-se-é*, *com que* se tem ciência do *Aí-se-é*, e *de que* o *Aí-se-é* se constitui, jamais deixou de *ser*. Encobrimentos e velamentos em nada afetam a *verdade do ser*, em seus modos de *aletheuein*, de desvelamento. O trânsito livre é a única possibilidade de convivência dos dois pensamentos, sem o imperialismo do calculativo sobre o meditativo.

Respondendo, por sua vez, à primeira questão, a fidelidade aos atos e fatos, únicas modalidades de *ser* do *Aí*, está na aquiescência da dação espontânea dos modos de desvelamento, *aletheuein*, em cada ato ou fato. Dação absolutamente impessoal, definitivamente não exercitada por um ator ou feitor, e também jamais por um sujeito-agente. Na aquiescência, no assentimento à abertura do *ser-aí* em *Aí-se-é*, reside a grande tensão entre o pensar meditativo e o pensar calculativo. Há que se condescender o *ser* do *Aí* em: 1) permanente e autêntica dação de atos e fatos, sempre em uma tríade ator-atuando-atuação e feitor-fazendo-feito; e, 2) em frequente e inautêntica “des-dação” de atos e fatos em prol de um ator ou um feitor, segundo a assunção de um hipotético sujeito-agente, ou seja, a

redução do *At-se-é* a uma díade, exclusivamente composta de ator e atuação, ou feitor e feito. O que fazer em meio a essa tensão do pensar? Nada a fazer, pois há risco de um “feitor” se imiscuir. Há apenas “re-cordar” (um pensar meditativo, do latim *re-cordis*, trazer o coração ao pensar...) que sempre é possível se con-jugar o verbo “ser” junto a qualquer verbo que acuse uma dação em tríade do humano, como de fato se é e se dá, independente de se iludir exclusivamente com uma pseudo díade sujeito-objeto em inautêntico agir ou impróprio fazer. Eis o maior desafio do “ser” humano atual, re-cordar na convivência tensa do pensar meditativo e do pensar calculativo. O “ser” humano continuará a *ser* em si mesmo, o paradoxo do permanente dar-se em atos e fatos, segundo suas respectivas tríades, nas quais a realidade se realiza ou o acontecimento acontece, e o frequente “desdar-se” dos atos e fatos, enquanto supostos atores ou feitores, em correspondência com a falaciosa tríade sujeito-objetificando-objeto, onde o verbo objetificar opera em ambas direções, do sujeito ao objeto e do objeto ao sujeito.

DOENÇAS CRÔNICAS E FIM DE VIDA: A AUTONOMIA NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA E DO CAMPO DO BIODIREITO

Márcio Niemeyer-Guimarães

A palavra ‘biopolítica’ e suas ferramentas analíticas são utilizadas em vários estudos das Ciências Humanas e Sociais e em diferentes contextos.¹

Schramm menciona o contexto em que Roberts, sem nomear o termo biopolítica, já havia pensado num estudo de saúde pública de riscos e patologias do corpo social, associados a uma defesa imunológica assumida pela política (referência à biocracia nazista).^{2,3}

A biopolítica constitui uma forma de intervenção ou de exercício de poder sobre a vida das pessoas, numa proposta de controle da saúde dos corpos. Foi em 1974 que Foucault propôs o neologismo ‘biopolitique’, referindo-se ao campo das Ciências da Vida e da Saúde, tendo o corpo como o objeto de análise dentro de um contexto econômico capitalista; ou seja, para estas sociedades o que era mais importante era o biológico, o somático, o corpóreo. Mas a ‘realidade bio-política’ do corpo está vinculada à questão do poder, ou ‘bio-poder’, que se exerce sobre os sujeitos, e também sobre a população, cenário que surge na segunda metade do século XVIII, constituindo as ferramentas das ciências da vida e da saúde. Pode-se evidenciar isso, ao ler sobre os conteúdos da

¹ LINDO, A. P. Diversidad cultural y biopolíticas. In TEALDI, J.C. (dir.) **Diccionario latinoamericano de bioética**. Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 52–55.

² SCHRAMM, F. R. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. **Revista Bioética** 2010; 18(3): 519–535.

³ ROBERTS, M. **Bio-politics**. An Essay on the Physiology, Pathology and Politics of Social and Somatic Organisms. London: Dent, 1938.

biopolítica no contexto da medicina social, em que o corpo é socializado: “(...) o controle da sociedade sobre o indivíduo não se efetua somente pela consciência ou pelo ideológico, mas também no corpo e com o corpo (...). O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina uma estratégia biopolítica”.⁴

Ao longo do último século, o desenvolvimento da biomedicina favorecido pelo aprimoramento biotecnocientífico, junto à imagem paternalista da atuação do médico – formado sob à ética hipocrática tradicional, foi o contexto ideal e permissivo para o fortalecimento das formas de exercício do binômio biopolítica/biopoder.

Foucault descreve a ‘estatização do biológico’ (teoria clássica da soberania), como o direito sobre a vida e a morte dos cidadãos como pertencentes ao Estado, poder de tomar a vida a seu cargo numa perspectiva assistencial: direito de ‘fazer viver’ e de ‘deixar morrer’. É neste debate filosófico-político que se percebe o (bio)poder sobre a vida dos cidadãos, através do desenvolvimento da tecnologia e do controle exercido sobre esta. A ‘biopolítica’, segundo Foucault, surge incipiente (século XVIII) pelo controle biológico da espécie humana, evidenciado pela mensuração dos nascimentos e dos óbitos, pela taxa de fecundidade, pela longevidade das populações.^{5,6} Em 1979, associa a biopolítica à prática de governo frente à população, como uma maneira pela qual se procurou compreender os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população, exercida através dos biopoderes locais: gestão

⁴ FOUCAULT, M. La naissance de la médecine sociale (El nacimiento de la medicina social). *Revista Centroamericana de Ciencias de la salud*, n. 6, enero-abril 1977, p. 89–108, UERJ, oct. 1974, Dits et écrits II, 1976–1988. Disponível em: <http://libertaire.free.fr/MFoucault12.html>. Acesso em 4 julho 2019.

⁵ FOUCAULT, M. *Dits et Écrits III*. Paris: Gallimard, 1994, p. 818.

⁶ FOUCAULT, M. *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France (1976). Paris: Gallimard/Seuil, 1997, p. 213–216.

da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, das raças.^{7,8,9} Ao longo das décadas, a intensidade das intervenções sobre o corpo se ampliou ainda mais com as possibilidades biotecnológicas, pelo advento de dispositivos invasivos substitutivos nas falências orgânicas, passando a ser utilizadas também nas condições crônicas, além das condições agudas.

Neste contexto, o filósofo Agamben sugere a ressemantização da palavra grega *ζοέ*, “vida”, tornando-a “vida nua”, característica da condição existencial (orgânica), isto é, vida desamparada e ameaçada pela biopolítica. Para tanto, discute a relação entre os dois termos gregos utilizados para designar o que se entende – a partir do latim *vita* – com o termo “vida”: *ζοέ* – ou “simples fato de viver comum a todos os viventes” – e *βίος* – ou “forma [cidadã] ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo”. Segundo o autor, constituiriam “a máquina ontológico-política do Ocidente [que] se funda numa divisão da vida, que, através de uma série de censuras e de limiares (*ζοέ/βίος*, vida insuficiente/vida autárquica, família/cidade) adquire um caráter político”: “é através desta articulação da sua *ζοέ*, que o homem, único entre os viventes, se torna capaz de uma vida [ativa] política”, sendo que “a função própria da máquina é [uma] operação sobre o vivente que ‘politizando’ sua vida, a torna ‘suficiente’, isto é, capaz de fazer parte da polis”.¹⁰ Ao retomar tais conceitos de vida, dois princípios éticos se confrontam em paradigmas morais: o da sacralidade da vida e o da qualidade da vida. Delineiam o campo dos conflitos morais enfrentados pela Bioética: o primeiro baseia-se no finalismo intrínseco da natureza ou nos desígnios divinos, sem tentativas para se opor; e o segundo baseia-se na legitimidade de

⁷ FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

⁸ FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

⁹ FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

¹⁰ AGAMBEN, G. **L'uso dei corpi**. Vicenza: Neri Pozza, 2014, p. 259-264.

intervenção na vida, ao se reduzir o sofrimento evitável pelo melhor bem-estar aos sujeitos objetos da intervenção.¹¹ Desta forma, o conceito de vida deve ser repensado, pois pode representar “o impensado mais importante da política quando esta pretende tornar-se biopolítica”, ou como um impossível “heterogêneo ao político, ao jurídico e até ao ético”.¹²

Em particular, a biopolítica da espécie humana se ocupa das populações e de seus problemas demográficos e endêmicos, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a intensidade das doenças (incidência e prevalência), sendo ‘doença’ um fenômeno da população, onde a medicina exerce seu papel principal pela ‘higiene pública’, através da coordenação dos cuidados médicos, da centralização da informação, e da normalização do saber.

Já o campo do biodireito trata da teoria, da legislação e da jurisprudência relativas às normas reguladoras da conduta humana em face dos avanços da biologia, da biotecnologia e da medicina, constituindo-se assim uma disciplina de estudo jurídico que tem a vida humana como o objeto principal. O campo também pode ser designado como ‘biojurídico’, ou ainda ‘direito médico’, por fundamentar as normas jurídico-positivas e adequar aos princípios e aos valores da bioética¹³.

A prática da medicina é controlada de diferentes maneiras por lei e regulamentação, como a restrição legal com respeito aos medicamentos a serem prescritos, ou aos procedimentos não-permitidos, como aborto,

¹¹ SCHRAMM, FR. O uso problemático do conceito ‘vida’ em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. **Revista Bioética** 2009; 17(3): 377–389.

¹² SCHRAMM, FR. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto real e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIO, M. (org.) **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz, 2009, p.15–28.

¹³ BARBOZA, H. H. Biodireito x Direito Sanitário. In: ASENSI, F.; PINHEIRO, R. **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 351–363.

eutanásia, e que variam em cada país, ou entre comunidades. A autoridade do Estado é tão onipresente e comum que raramente é questionado o contexto da assistência à saúde (pessoas, posses e o Estado), sendo que tanto a equipe de saúde quanto os pacientes necessitam muitas vezes levantar as questões filosóficas e morais fundamentais, como o respeito à pessoa (autonomia) e o conceito de justiça, para tal autoridade moral do Estado. As ações dos governos têm indiscutível autoridade moral secular, tais como, permissão, beneficência e propriedade, e, em princípio, todos os indivíduos envolvidos concordam com elas, considerando assim o dever do cidadão de ter parte em uma limitada realização corporativa, ou seja, como um empreendimento básico específico e necessário na organização e participação das atividades sociais, identificando-as e estabelecendo cada função e serviço dentro da comunidade. Mas a autoridade política moralmente justificada nasce do consentimento dos governados, e não de uma interpretação canônica universal da vida boa ou das obrigações morais, inclusive no desempenho dos compromissos de beneficência (princípio da autoridade política).

Por mais que os governos tenham as justificativas (morais) para proteger os pacientes e os profissionais de saúde da coerção, da fraude e da quebra de contrato, os indivíduos ainda continuarão a ter direitos morais para fazer consigo mesmos e com outros que consentem, assim como com os seus recursos, aquilo que for decidido por eles mesmos e os outros que consentem.¹⁴

A QUESTÃO DA AUTONOMIA

O conceito de autonomia aplicado à pessoa é um resultado do

¹⁴ ENGELHARDT JR., H. T. O contexto da assistência à saúde: pessoas, posses e Estados. In: ENGELHARDT JR., H. T. **Fundamentos da Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2015, p. 169–230.

humanismo individualista moderno, surgido no período do Iluminismo (séc. XVIII), uma conquista recente da cultura ocidental. Suas raízes conceituais e históricas vêm da cultura política grega, referida à *pólis*, termo que indicava as cidades autárquicas não submetidas ao poder de outras cidades, mas não ao indivíduo.¹⁵ O filósofo Kant foi quem descreveu a primeira formulação sistemática do conceito de autonomia aplicada ao indivíduo, para quem o sujeito moral em questão é a pessoa – indivíduo racional e livre. Daí que a ética kantiana é conhecida pelo termo ‘racionalismo ético’, que afirma que a lei moral autônoma é aquela que tem seu fundamento na ‘vontade boa’, sendo o único princípio fundamental da moralidade.¹⁶

O princípio de respeito da autonomia pessoal se torna uma das principais ferramentas da ética, quando aplicada aos conflitos de interesses e valores vigentes nas sociedades democráticas pluralistas. Em particular, o princípio da autonomia, junto ao conceito de justiça, forma o alicerce moral que legitima a ‘cultura dos direitos’.

A relação entre os conceitos de autonomia e de justiça, conforme os vínculos entre as esferas individual e coletiva dependerá da configuração da moralidade social, sua legitimidade e credibilidade. Tais princípios participam da construção da cidadania moderna por duas exigências legítimas, apesar de conflituosas: o particularismo das liberdades [preferência e interesses pessoais – os direitos de cada indivíduo] e o universalismo das necessidades e interesses comunitários e coletivos, ou seja, os direitos de todos os indivíduos. No caso da ética *utilitarista*, a autonomia (individualidade da ação e do pensamento) somente é privilegiada se maximizar o bem-estar geral, e o controle do grupo sobre o indivíduo só será legitimado se for necessário prevenir dano

¹⁵ HOLM, S. Autonomy. In: CHADWICK, R. (ed.). **Encyclopedia of applied ethics**. San Diego: Academic Press, 1998, p. 267–274.

¹⁶ SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. **Bioética** 1998; 6(1): 27–37.

a alguém.¹⁷

Há uma preocupação crescente por parte da filosofia moral pelos problemas práticos decorrentes da tecnociência biomédica. Com o surgimento da ética aplicada, o conceito de autonomia se constituiu no princípio moral mais importante, onde algumas correntes da ética biomédica, baseadas na ética kantiana, encontraram uma forma poderosa para se opor ao paternalismo médico tradicional.

A prática médica se transformou e se diversificou ao longo do século XX correspondendo ao chamado desenvolvimento da ciência biomédica, principalmente no que se referem às técnicas diagnósticas e aos avanços terapêuticos, e com destaque especial para as UTIs. Entretanto, é também nesse ambiente que diversos problemas morais se evidenciam pelo confronto direto de vida e morte, surgindo inevitavelmente as questões sobre a eutanásia e a distanásia, e pela preocupação incansável da equipe de saúde na condução dos pacientes críticos em situação limítrofe quanto ao risco de morte¹⁸. Na realidade, um número cada vez maior de mortes no hospital tem ocorrido, e mesmo que a maioria das pessoas tenha manifestado preferir morrer em suas casas. Pacientes com doença oncológica avançada continuam recebendo tratamento curativo agressivo no final de vida, apesar de evidências de que tais tratamentos em alta intensidade, obstinados, não melhoram a qualidade de vida do paciente, não melhoram o desfecho e também não contribuem para um luto melhor aos cuidadores e aos familiares. Assim, ao melhorar os cuidados oferecidos no fim de vida, há uma oportunidade para controlar de forma efetiva as angústias e de se evitar o sofrimento

¹⁷ COHEN, C.; MARCOLINO, J. A. M. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). **Bioética**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008, p. 83–94.

¹⁸ PIVA, J. P.; SOARES, M. Cuidados de final de vida nas UTIs brasileiras, certamente não é apenas uma questão legal. Treinamento e conhecimento adequados são essenciais para melhorar estes cuidados. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** 2011; 23(4): 338–390.

evitável nessa fase de fim de vida, otimizando o uso dos recursos disponíveis, podendo inclusive prolongar a sobrevida.¹⁹ Reiling menciona Abelson, quando se refere às possibilidades da engenharia genética, sobre as dificuldades impostas (como os conflitos na tomada de decisão) pelos avanços tecnocientíficos: “– é especialmente perturbador quando medidas de prolongamento de vida são tomadas para o paciente muito idoso, e muito doente – a morte de uma pessoa amada já é ruim o bastante quando está nas mãos de Deus; hoje em dia ela é muitas vezes uma experiência muito mais angustiante”.^{20,21}

Os fatores que chamam a atenção no debate envolvendo as decisões de fim-de-vida e a forma de morrer (bem) incluem: o envelhecimento da população mundial, o reconhecimento de que o “fazer tudo o possível para o prolongamento da vida” – como admissão em UTIs, procedimentos invasivos, radioterapia e quimioterapia para pacientes em fase terminal da doença oncológica – não é apropriado e nem sempre desejável, e a consciência da importância da diretiva antecipada de vontade e da autodeterminação nas decisões de fim-de-vida. Além disso, os custos de saúde no último ano de vida são substanciais, considerando ainda que no último mês de vida tais custos podem corresponder a aproximadamente 60% dos gastos nos últimos seis meses.²²

Quando o objetivo do cuidado se restringir em apenas identificar a existência de uma enfermidade e em propor medidas para tratar e

¹⁹ WRIGHT, A. A.; KEATING, N. L.; AYANIAN, J. Z.; CHRISCHILLES, E. A.; KAHN, K. L.; RITCHIE, C. S.; WEEKS, J. C.; EARLE, C. C.; LANDRUM, M. B. Family perspectives on aggressive cancer care near the end of life. **JAMA** 2016; 315(3): 284–292.

²⁰ REILING, J. Euthanasia. JAMA Revisited. **JAMA** 2016; 315(3): 310 [originalmente publicado em JAMA 1971; 2182: 249].

²¹ ABELSON, P. Anxiety about genetic engineering. **Science** 1971; 173: 3994. Disponível em: <http://science.sciencemag.org/content/sci/173/3994/285.full.pdf>. Acesso em 15 agosto 2019.

²² BAUCHNER, H. Death, Dying, and End of Life. **JAMA** 2016; 315(3): 270–271.

restabelecer a funcionalidade, o processo saúde-doença se reduz ao *biológico*. Torna-se evidente o modelo hegemônico de assistência à saúde que exclui qualquer intervenção social ou subjetiva para a resolução desse processo de relação do profissional de saúde com a doença (ou o corpo doente), e não com a pessoa doente. Nessa relação (eminentemente terapêutica), o paciente é um recipiente passivo, desinformado, e não um indivíduo ativo e esclarecido que apresenta expectativas e desejos. Já ‘autonomia’ significa o indivíduo ter capacidade de se autogovernar, de rever suas possibilidades, conhecer seus direitos e deveres, sem restrições internas e externas.²³ Há uma necessidade de câmbio e de abertura do espaço relacional, que deverá ir além da relação entre aquele que apresenta sofrimento e o outro que detém o conhecimento técnico-científico.

A questão do consentimento permanece em primeiro plano dentro da ética biomédica, e o médico tem a obrigação de comunicar informação suficiente para o entendimento e o consentimento; condição esta, impulsionada pelo princípio da autonomia, com fundamentação legal orientando a prática médica (pelas descrições dos códigos de ética médica e de ética em pesquisa) e ampliando a relação médico-paciente.

Como os profissionais de saúde foram treinados sob a perspectiva da abordagem curativa, embasada, em última instância, no princípio da sacralidade da vida, a morte é sempre um fracasso. E já que o foco da atenção é a doença, a meta será o seu enfrentamento e luta contra ela, sendo a relação do profissional estabelecida com a doença, e não mais com a pessoa doente. Com isso, a assunção de uma posição onipotente diante da doença do paciente, de autoridade para determinar os melhores interesses do paciente (atitude paternalista), a pessoa doente é subordinada à tutela do médico, como uma imposição de ‘abdicação temporária’ da autonomia, até que tudo se resolva – ou seja, durante o tempo em que for

²³ MORAIS, I. M. Autonomia pessoal e morte. **Revista Bioética** 2010; 18(2): 289–309.

paciente – sem o poder de decisão sobre si.²⁴ A violação da autonomia de uma pessoa, significa tratá-la meramente como um meio, de acordo com os objetivos de outros, e sem levar em consideração os objetivos da própria pessoa.²⁵

SOBRE AS DOENÇAS CRÔNICAS E FIM DE VIDA

O extraordinário avanço tecnocientífico, aliado ao uso acrítico de métodos de diagnósticos e tratamentos, desviou a medicina da arte de cuidar, conduzindo o profissional da saúde a distanciar-se das dimensões humanas e biográficas das pessoas enfermas. A prática profissional foi sendo assimilada de forma inadequada pelo rápido avanço da tecnologia em medicina, e aqueles métodos de semiologia ‘armada’ passaram a ser, de forma equivocada, procedimentos essenciais, deixando a posição de ‘súditos’ (retomando à *técnica* de Heidegger a desviar o objetivo essencialmente humano) para assumirem a soberania das decisões clínicas. Com isso, no transcurso do século XX, a sociedade assistiu às transformações nos campos do conhecimento científico e dos valores morais nunca antes vistas na história da humanidade.²⁶

A sociedade ocidental do século XXI tende a prolongar cada vez mais a vida, apoiada na utopia do não-envelhecimento, no desvio da ideia de finitude e sobretudo ao dissimular o pensamento sobre a morte – uma crise de paradigma metafísico que chega a insistir que se morra mentalmente jovem e sem refletir o significado da vida. O extremo chega

²⁴ MARTINS, B. D. C. P. C. C.; OLIVEIRA, R. A., CATANEO, A. J. M. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: systematic review and metaanalysis. **Palliative and Supportive Care** 2016; 15(3): 376–383.

²⁵ BEAUCHAMP, L.; CHILDRESS, J. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2013.

²⁶ SIQUEIRA, J. E. de. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In: MORITZ, R. D. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: Câmara Técnica sobre Terminalidade do Conselho Federal de Medicina, 2011, p. 15–24.

ao pensamento sobre a manipulação da vida humana – desde o seu início através das técnicas *in vitro* – mas que também se poderia extrapolar para o fim da vida, ao moldar a morte mediante novas tecnologias (manipulação genética, criogenia, etc.), como o poder soberano de se controlar o momento do falecimento, como um jogo de imortalidade.²⁷

Os pacientes agudamente enfermos recebem todos os procedimentos de suporte de vida, e estes também são prestados aos idosos portadores das doenças crônicas e incuráveis – recebem os mesmos procedimentos e são habitualmente encaminhados às UTIs quando críticos. Os desfechos de pacientes crônicos e agudos diferem, considerando ainda que nos idosos com várias situações crônicas, há um declínio funcional significativo nessas unidades fechadas, muitas vezes em estado prolongado, não raro de forma persistente ou permanente. Esta medicina exclusivamente técnica é exercida fundamentada em protocolos e diretrizes, sem visar minimamente a prevenção do sofrimento, sem prezar pelo conforto, ou sem questionar sobre as preferências da pessoa doente, o que pode provocar mais angústias ao se prolongar o processo de morrer para o paciente e sua família.²⁶ E este efeito de poder conquistado pela ciência médica contemporânea, com o domínio da biotecnologia para a manutenção da vida, é permissiva à distanásia – ação dificilmente contemplada por estas equipes de saúde.²⁸

Os avanços na medicina intensiva ampliaram a sobrevida dos pacientes idosos permitindo que superassem uma condição crítica. Mas, como consequência, uma enorme e crescente população de idosos com dependência prolongada, muitas vezes até permanente, aos suportes

²⁷ GONÇALVES, A. M. **Reanimar?** Histórias de Bioética em Cuidados Intensivos. Porto: Modo de Ler – Centro Literário Marinho, Lda., 2017.

²⁸ SIQUEIRA-BATISTA, R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In: SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. (org.) **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz, 2009, p. 148-163.

artificiais se tornou uma realidade dentro dos hospitais, em casas de apoio e mesmo nas residências das famílias. O termo "doente crítico crônico" foi descrito por Girard e Raffin (1985) ao se referirem a esta população sobrevivente do evento inicial da doença grave (crítica), mas que permaneceu dependente da abordagem por cuidados intensivos²⁹. Tais pacientes receberam, e recebem frequentemente, tratamentos médicos e cirúrgicos agressivos, que incluem diversas intervenções e uso de dispositivos artificiais, como ventilação mecânica, suporte renal substitutivo, transfusões de hemoderivados, suporte nutricional artificial por cateteres ou gastro/enterostomia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, cuja incidência aumenta exponencialmente, já que a população vem envelhecendo nas últimas décadas com várias comorbidades.

A doença crítica crônica impõe uma sobrecarga às famílias e aos cuidadores informais jamais refletida com relação ao evento de crise em que o paciente recebe o cuidado intensivo, com elevadas taxas de depressão e dificuldades financeiras.³⁰ Um estudo de sobrecarga do cuidador pós-UTI, identificou que a colocação de uma traqueostomia na UTI representa um preditor significativo de comprometimento do estilo de vida para os cuidadores informais de sobreviventes de UTI em um ano após a internação na UTI.³¹ Outro estudo em pacientes que foram submetidos à traqueostomia, após pelo menos quatro dias de ventilação mecânica até vinte e um dias, constatou que mais de 60% dos sobreviventes em um ano ainda necessitaram de assistência diária de

²⁹ GIRARD, K.; RAFFIN, T. A. The chronically critically ill: to save or let die? **Respiratory Care**, 1985; 30(50): 339–347.

³⁰ NELSON, J. E.; COX, C. E.; HOPE, A. A.; CARSON, S. S. Chronic Critical Illness. **American Journal of Respiratory Critical Care Medicine** 2010; 182(4): 446–454.

³¹ VAN PELT, D. C.; SCHULZ, R.; CHELLURI, L.; PINSKY, M. R. Patient-specific, time-varying predictors of post-ICU informal caregiver burden: the caregiver outcomes after ICU discharge project. **CHEST** 2010; 137(1): 88–94.

cuidadores informais, que relataram estresse "em excesso" ou "severo" no 'cuidar' – 84% desses cuidadores pararam de trabalhar ou mudaram significativamente as horas de trabalho para acomodar as necessidades de cuidado do paciente.³² Determinados estudos mostraram que os efeitos para as famílias não se limitam àqueles que prestam os cuidados em casa,³³ sintomas depressivos, sobrecarga de cuidado, e deterioração física podem ser mais graves entre as famílias de pacientes institucionalizados do que os que retornam para casa.³⁴ Além disso, as famílias de pacientes com doença crítica crônica muitas vezes enfrentam perdas significativas de renda e/ou economia, mesmo se o paciente tiver seguro de saúde.³⁵

Esta condição da doença crítica crônica constitui um problema grave, crescente e um desafio emergente para o sistema de saúde,³⁶ porque o número de pessoas criticamente doentes, que são idosos em sua maioria, aumenta a cada década. Apesar de os doentes críticos crônicos em ventilação artificial corresponderem a menos de 10%, eles ocupam até 40% dos dias de leito na UTI, além de outros recursos de cuidados intensivos.³⁷ Como as limitações funcionais são diversas, mesmo os pacientes em condições de receber alta de uma unidade de tratamento normalmente exigem cuidados remunerados, além dos familiares terem de

³² COX, C. E.; MARTINU, T.; SATHY, S. J.; CLAY, A. S.; CHIA, J.; GRAY, A. L.; OLSEN, M. K.; GOVERT, J. A.; CARSON, S. S.; TULSKY, J. A. Expectations and outcomes of prolonged mechanical ventilation. **Critical Care Medicine** 2009; 37(11): 2888–2894.

³³ VAN PELT, D. C.; MILD RANDT, E. B.; QIN, L.; WESSISFELD, L. A.; ROTONDI, A. J.; SCHULZ, R.; CHELLURI, L.; ANGUS, D. C.; PINSKY, M. R. Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. **American Journal of Respiratory Critical Care Medicine** 2007; 175(2): 167–173.

³⁴ DOUGLAS, S. L.; DALY, B. J. Caregivers of long-term ventilator patients: physical and psychological outcomes. **CHEST** 2003; 123(4): 1073–1081.

³⁵ SWOBODA, S. M.; LIPSET, P. A. Impact of a prolonged surgical critical illness on patients' families. **American Journal of Critical Care** 2002; 11(5): 459–466.

³⁶ ESTENSSORO, E.; REINA, R.; CANALES, H. S.; SAENZ, M. G.; GONAZALEZ, F. E.; APREA, M. M.; LAFFAIRE, E.; GOLLA, V.; DUBIN, A. The distinct clinical profile of chronically critically ill patients: a cohort study. **Critical Care** 2006; 10(3): R89.

³⁷ ZILBERBERG, M. D.; DE WIT, M.; PIRONE, J. R.; SHORR, A. F. Growth in adult prolonged acute mechanical ventilation: implications for healthcare delivery. **Critical Care Medicine** 2008; 36(5): 1451–1455.

deixar os seus empregos para prestarem assistência continuada. Há mais de duas décadas o custo total para o sistema de saúde nos EUA para o manejo das doenças crônicas críticas já superava US\$ 20 bilhões por ano,³⁸ e considerando os gastos gerais com cuidados intensivos, este custo chegava a ultrapassar mais de 15% de todos os custos hospitalares.³⁹ Nos Estados Unidos, como também na Holanda e Suíça com resultados similares, 25% de todas as despesas pelo sistema de saúde são destinadas a 5% dos pacientes que estão no último ano de suas vidas, e a maior parte desse custo é gasta em cuidados nos últimos dois meses, em que poucos benefícios aparentes são alcançados.^{40,41} Gastos com doença como o câncer podem seguir um padrão específico com alguns custos iniciais de tratamento, podendo diminuir gradualmente. Mas o sistema médico contemporâneo é excelente para protelar a morte com quimioterapias de aproximadamente 12 mil dólares ao mês, internações em unidades de cuidados intensivos de mais de 4 mil dólares ao dia e cirurgias que podem chegar a 7 mil dólares por hora – e no final, a morte acaba por acontecer, sendo que há dificuldade em identificar o momento para interromper com os procedimentos.⁴²

Já desde décadas passadas, as doenças fatais são exceção, e com a ampliação da expectativa de vida, as doenças crônicas não-transmissíveis passaram a ser prevalentes, presente na vida das pessoas por um período

³⁸ COX, C. E.; CARSON, S. S.; GOVERT, J. A.; CHELLURI, L.; SANDERS, G. D. An economic evaluation of prolonged mechanical ventilation. **Critical Care Medicine** 2007; 35(8): 1918–1927.

³⁹ HALPERN, N. A.; PASTORES, S. M.; GREENSTEIN, R. J. Critical care medicine in the United States 1985-2000: an analysis of bed numbers, use, and cost. **Critical Care Medicine** 2004; 32(6): 1254–1259.

⁴⁰ RILEY, G. F.; LUBITZ, J. D. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. **Health Services Research** 2010; 45(2): 565–576.

⁴¹ SHUGARMAN, L. R.; DECKLER, S. L.; BERCOVITZ, A. Demographic and social characteristics and spending at the end of life. **Journal of Pain and Symptom Management** 2009; 38(1): 15–26.

⁴² MARIOTTO, A. B.; YABROFF, K. R.; SHAO, Y.; FEUER, E. J.; BROWN, M. L. Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. **Journal of the National Cancer Institute** 2011; 103(2): 117–128.

maior. Dessa forma, a morte só surge após uma longa trajetória de doença e cuidados médicos, numa enfermidade progressiva e incurável, como câncer avançado, doenças neurodegenerativas, falência progressiva de órgãos (cardíaca, seguida em frequência pela pulmonar, renal e hepática) e comprometimento cumulativo da funcionalidade pela velhice.⁴³ A morte em todos os casos é certa, mas não o momento exato em que ocorrerá: quando e como aceitar que chegou esta hora. A tecnologia pode sustentar os órgãos muito além da perda da consciência, e as preocupações com os pensamentos das pessoas que estão morrendo se perderam, como também se obscureceu a percepção pelos médicos das angústias vividas por pacientes e familiares nesse contexto, desde que a medicina tornou praticamente impossível reconhecer o processo de morte.⁴⁴ Em 1993, o jornal *The New York Times* descreveu que a modernidade percebia a morte como fracasso, explicando que a morte sempre foi considerada um evento metafísico, e, portanto, exibia um certo tipo de respeito. Atualmente, como o processo se prolonga demasiadamente, a morte é vista como prova de fracasso; e num sentido bastante novo na cultura vigente, envergonha-se da morte, esconde-se dela, já que representa um fracasso.⁴⁵

A luta contra ser mortal é em realidade uma luta pela manutenção da integridade da própria vida no intuito de se evitar a *desconexão* do que as pessoas foram, suas trajetórias, ou do que querem ser, autores das suas histórias. Doença e envelhecimento significam por si percursos penosos, não somente pelas perdas forçadas a enfrentar, mas pelo terror do isolamento. Os profissionais de saúde e as instituições deveriam evitar torná-las experiências ainda piores, cerceando escolhas

⁴³ ERON, M. Deaths: Leading causes for 2009. **National vital statistics reports** 2012; 61(7). Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr61/nvsr61_07.pdf. Acesso em 15 julho 2019.

⁴⁴ GAWANDE, A. **Mortais**: Nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Ed. Schwarcz S.A., 2014.

⁴⁵ OSENBLAT, R. T. **The New York Times**, Section 6, p. 2–4, 21 nov. 1993.

das pessoas em nome da segurança (protocolos institucionais), uma vez que ao perceberem a finitude de suas vidas, as pessoas não pedem muita coisa, apenas seguir com as histórias de suas vidas, ao fazer escolhas e manter contato com outros. Pessoas com doenças graves têm outras prioridades além de simplesmente prolongar suas vidas, com preocupações que vão desde evitar o sofrimento, fortalecer seus relacionamentos (familiares e amigos), estar mentalmente conscientes, não ser uma carga para os outros, e alcançar a sensação de completude. O sistema de cuidados médicos tecnológicos fracassou em atender estas necessidades, e o custo deste fracasso não poderá ser medido além do que em dinheiro. Parece que os erros mais frequentes dessa prática clínica nos primórdios do século XXI se concentraram em três ações específicas e a falta de uma atitude fundamental: a prescrição excessiva de antimicrobianos e quimioterápicos, a reanimação estática cardiopulmonar sem equacionar prognósticos, e o uso excessivo e automático dos meios tecnológicos para o diagnóstico. A falta de atitude, ou falha cotidiana, é a comunicação e o distanciamento na relação médico-paciente (médico-familiares). Daí a questão que surge não é exatamente como arcar com as despesas médicas atuais deste sistema ou reduzi-las, mas como construir um sistema de saúde que realmente ajude as pessoas a alcançar o que lhes é mais importante no fim de vida.⁴⁶

Enfim, o problema da medicina e das instituições criadas para o cuidado de doentes e, em especial, dos idosos é uma visão equivocada, com foco estreito para o sentido à vida: os profissionais da área médica concentram-se em reparar a saúde e se esquecem da pessoa que está doente. A maior contradição é que esses profissionais são os que vão decidir a maneira de como se viverá os últimos dias. O projeto *Coping with*

⁴⁶ LYNN, J. **Sick to death and not going to take it anymore**. Oakland: University of California Press, 2004.

Cancer mostrou em um estudo em que os pacientes com câncer em estágio terminal, que foram conectados a um ventilador artificial, receberam compressões torácicas ou desfibrilações elétricas ou foram internados em unidades de cuidados intensivos pouco antes de morrerem, tiveram uma qualidade de vida substancialmente pior em sua última semana comparados àqueles que não tiveram nenhuma dessas intervenções. Além disso, seis meses após a morte dos pacientes, as pessoas que cuidaram deles apresentaram maior propensão a desenvolver depressão grave.⁴⁷

As provações das doenças, do envelhecimento e da mortalidade têm sido tratadas como questões médicas nas últimas décadas, porém tem sido um grande desafio social deixar que os destinos das pessoas estejam por conta de pessoas reconhecidas pela capacidade técnica, e menos pelo motivo de compreender os valores sociais e antropológicos, as reais necessidades humanas do enfermo, e de permitir as escolhas para uma vida digna de ser vivida (com enfoque em alimentação, na vida doméstica e nas amizades). A sociedade atual supõe que a debilidade e a dependência eliminam qualquer possibilidade de autonomia, mas ela pode ser absolutamente possível.⁴⁴ De acordo com Harvey, a suposição do médico, ginecologista e obstetra, Andres Hellegers (1926-1979) no início dos anos 70, diretor do Instituto Kennedy de Bioética da Universidade de Georgetown, era de que os problemas que se apresentariam aos médicos nos primórdios do século XXI seriam cada vez mais de natureza ética e menos de ordem técnica.^{26,48}

Desta forma, o cuidado paliativo é uma proposta de abordagem,

⁴⁷ WRIGHT, A. A.; ZHANG, B.; RAY, A.; MACK, J. W.; TRICE, E.; BALBONI, T.; MITCHELL, S. L.; JACKSON, V. A.; BLOCK, S. D.; MACIEJEWSKI, P. K.; PRIGERSON, H. G. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. **JAMA** 2008; 300(14): 1665–1673.

⁴⁸ HARVEY, J. C. Andre Hellegers and Carroll House: Architect and Blueprint for the Kennedy Institute of Ethics. **Kennedy Institute of Ethics Journal** 2004; 14(2): 199–206.

como um componente essencial para o tratamento abrangente para todos os pacientes crônicos, mesmo para aqueles que recebem terapias que prolongam a vida. Esse cuidado inclui a prevenção do sofrimento e o controle adequado dos sintomas, a antecipação dos eventos (relacionados à condição *crítica*) com a comunicação sensível, eficaz, proativa e contínua com pacientes e familiares sobre prognóstico e as crises, as metas alcançáveis de tratamento e as alternativas para a continuação de cuidados intensivos.⁴⁹ Dentro da proposta de antecipação de crises, os objetivos do cuidado devem ser conhecidos e definidos previamente pelos valores e preferências do paciente, para o tratamento e na perspectiva da funcionalidade e qualidade de vida aceitáveis, considerando que na maioria dos casos, os pacientes com doenças crônicas podem estar incapazes de participar diretamente das discussões ou da tomada de decisão, além de que poucos designaram um substituto, representante para tal, ou deixou preparada sua diretiva antecipada. O tratamento e a tomada de decisão em doenças crônicas críticas muitas das vezes acabam por ocorrer sem a contribuição direta do paciente (a maioria não tem capacidade quando a doença crônica se tornou crítica e 85% não tinham a diretiva antecipada expressando suas preferências de tratamento), em especial quando não ocorre uma comunicação clara e compreensível com paciente/família sobre a trajetória e comportamento das doenças dentro da proposta precoce de intercâmbio mútuo pela abordagem integrada aos cuidados paliativos.⁵⁰ As recomendações para o atendimento de alta qualidade em cuidados de fim de vida pela *Leadership Alliance for Care of Dying People*⁵¹

⁴⁹ NELSON, J. E.; MERCADO, A. F.; CAMHI, S. L.; TANDON, N.; WALLWNSTEIN, S.; AAUGUST, G. I.; MORRISON, R. S. Communication about chronic critical illness. *Archives of Internal Medicine* 2007; 167(22): 2509–2515.

⁵⁰ CAMHI, S. L.; MERCADO, A. F.; MORRISON, R. S.; DU, Q.; PLATT, D. M.; AUGUST, G. I.; NELSON, J. E. Deciding in the dark: advance directives and continuation of treatment in chronic critical illness. *Critical Care Medicine* 2009; 37(3): 919–925.

⁵¹ LACDP – LEADERSHIP ALLIANCE FOR THE CARE OF DYING PEOPLE. **One chance to get it right:** Improving people's experience of care in the last few days and hours

incluem o reconhecimento oportuno da morte, comunicação sensível, o envolvimento do paciente e da família nas decisões de cuidado, apoiando os envolvidos e formando um plano de cuidados individualizado para abranger o cuidado compassivo. A diferenciação entre tratamentos que prolongam a morte ou possibilitam a recuperação não é direta.⁵² A cultura biomédica do morrer no hospital percebe a morte como um fracasso, favorecendo intervenções tecnológicas como uma estratégia de dissimulação para evitar o fim.⁵³ Os médicos diagnosticam a morte, inibem a discussão oportuna sobre cuidados de fim de vida. Existem também inconsistências das ferramentas preditivas desenvolvidas para a probabilidade de morte na UTI, levando ao diagnóstico de morrer a ser considerado tarde demais para iniciar o planejamento de cuidados de fim de vida.⁵⁴ Assim, a experiência do paciente na UTI pode ser melhorada se as discussões sobre a cuidados de fim de vida ocorrerem prontamente e quando necessário. Isso permite o planejamento para assegurar que, uma vez que o fim de vida seja reconhecido, planos de cuidados individualizados possam ser formados. A formulação de orientação clara e o planejamento adequado de cuidados dentro da UTI é necessária para garantir que a transição dos cuidados restaurativos convencionais para os cuidados de fim de vida seja efetiva e eficiente.⁵⁵

O estudo SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*) foi uma importante documentação sobre

of life. 2004. Disponível em: <https://tinyurl.com/mad2kql>. Acesso em 16 junho 2019.

⁵² RYAN, L.; SEYMOUR, J. Death and dying in intensive care: emotional labour of nurses. **End of Life Journal** 2013; 3(2): 1–9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136/EoLjnl-03-02.1>. Acesso em 7 julho 2019.

⁵³ WATTS, T. Initiating end-of-life care pathways: a discussion paper. **Journal of Advanced Nursing** 2012; 68(10): 2359–2370. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05924.x>. Acesso em 10 julho 2019.

⁵⁴ OX, S.; HANDY, J. M.; BLAY, A. Palliative Care in the ICU. **Journal of the Intensive Care Society** 2012; 13(4): 320–326. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/175114371201300411>. Acesso em 16 julho 2019.

⁵⁵ LUCKETT, A. End-of-life care guidelines and care plans in the intensive care unit. **British Journal of Nursing** 2017; 26(5): 287–293.

a avaliação do nível de sintomas que antecederam a morte dos pacientes, da qualidade da comunicação sobre informações prognósticas, e da evidência sobre a dificuldade em se tolerar o sofrimento físico e emocional. A investigação permitiu identificar a deficiência na formação, a necessidade pelo aprimoramento na área e de mudança do comportamento médico quanto aos desfechos clínicos dos pacientes hospitalizados por doença aguda,⁵⁶ reforçando a missão fundamental do médico no dever de buscar o bem-estar físico e emocional do enfermo, ao considerar o ser humano em sua complexa realidade biopsicossocial e espiritual. Com isso, ratifica-se a demanda no treinamento e na formação na área de cuidados paliativos e em bioética, assim como a elaboração de instrumentos mais simples para o rastreio e identificação de doentes com condições crônicas com maior risco de morte para uma abordagem integrada aos cuidados paliativos, o que certamente contribuirá para que os médicos generalistas, oncologistas e intensivistas estejam mais preparados e seguros nos cuidados prestados aos pacientes crônicos e seus familiares e discutir diretamente sobre prognósticos ruins.

⁵⁶ The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. **JAMA** 1995; 274(20): 1591–1598.

BIOÉTICA E ÉTICA ORGANIZACIONAL: NORMAS, VALORES E INTERVENÇÕES

Claudia Borges e Souza Paraizo

APRESENTAÇÃO

Considerando as constantes mudanças nas relações de trabalho e as interações multidirecionais e complexas nas organizações de saúde, apela-se pela intervenção da ética organizacional visando a capacitação dos trabalhadores e do coletivo do qual ele faz parte. Os processos de trabalho associados às suas mudanças exponenciais e imprevisíveis, à conectividade, ao uso das tecnologias e da inteligência artificial, desafiam o compartilhamento de espaços e projetos de forma interacional. O atual modelo do profissional de saúde transforma-se de acordo com as variações organizacionais geradas pela conectividade, pela presença das tecnologias, da biotecnologia e das superespecializações das disciplinas relacionadas à saúde alterando as identidades profissionais e a interação coletiva.

Visando ter neste sistema, o trabalhador como foco das nossas considerações, aposta-se no desenvolvimento da condição reflexiva e da autonomia, acreditando na necessidade de reforçar os processos autorreguladores, associando-os aos normativos. A autorregulação autoriza o indivíduo a agir “em situação”, utilizando o seu saber e experiência. Agir “em situação” é exatamente a possibilidade do trabalhador ter a competência e o estímulo em buscar a relação direta entre um dado problema e a sua solução, inserido dentro da sua prática. Essa busca é gerada pela tensão e pelo desconforto de uma certa situação que o afeta, fazendo-o refletir e agir. Este comportamento é a consequência da presença de um trabalhador competente do ponto de vista ético.

A competência ética capacita o trabalhador a reconhecer os

riscos éticos, desenvolvendo a partir das interações, a condição de agir e reagir a uma determinada situação, no plano ético. Favorecendo, desta maneira, o diálogo estruturado e compartilhado, baseado na mobilização dos recursos retirados do próprio ambiente (recursos externos) e das experiências e capacidades de cada um (recursos internos), possibilitando consequentemente a participação do trabalhador no processo criativo do trabalho, na tomada de decisão e no desenvolvimento de competências.

Nesta primeira parte do texto define-se bioética e o papel da ética organizacional no contexto da saúde. Remontando-se em seguida a questões sobre o uso das normatividades e das ponderações geradas pela falta de autonomia do trabalhador, da presença da tecnologia na saúde e as suas implicações. Por último, sugere-se um modelo de intervenção, o qual busca a promoção da capacidade de agir e o desenvolvimento de competências dos trabalhadores, uma vez que diante do avanço tecnológico e da complexidade dos processos de trabalho tornam-se vulneráveis e vulnerados.

BIOÉTICA E ÉTICA ORGANIZACIONAL

Entre os grandes temas desenvolvidos e institucionalizados pela Bioética destacam-se aqueles relacionados à tecnociência, tomada de decisões e questões relacionadas ao fim e início da vida. A *Enciclopédia de Bioética* define a Bioética como “o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, analisadas a luz dos valores e princípios morais”¹ ou ainda, de acordo com a *Nova Enciclopédia da Bioética*, a Bioética

é o conjunto de investigações, de discursos e de práticas, geralmente pluridisciplinares, tendo como objeto clarificar ou resolver questões de

¹ REICH, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press; 1978, I: XIX.

alcançe ético suscitadas pelo avanço e a aplicação das tecnociências biomédicas.²

Ainda que ambas as definições não sejam capazes de definir todo o campo da bioética, pode-se destacar que os processos de trabalho envolvidos em tais demandas, acrescidos da tendência de aumentar as normatizações hospitalares visando padrões de eficiência e creditações baseadas em ISOs, não são suficientes para evitar, e por vezes são a causa, o adoecimento dos trabalhadores, a falta de engajamento e de pertencimento destes.

Desde que as máquinas começaram a fazer parte do processo de trabalho verificou-se o afastamento do trabalhador da atividade a qual ele era um especialista, levando-o à execução de tarefas diversas, em razão da divisão do trabalho. Deste modo, o trabalhador perdeu a sua autonomia e a compreensão da sua importância no processo de produção (alienação). As organizações padronizaram os equipamentos, os procedimentos e os comportamentos. Criaram as normas e as regras com a finalidade de “disciplinar” o trabalhador. Várias práticas militares inspiraram as organizações na resolução de problemas que surgiram com as máquinas e com a falta de adaptação das pessoas que as utilizavam. As organizações progressivamente tornaram-se mecanicistas, pautando-se em princípios que apontavam para o controle, a autoridade, a divisão de trabalho e a divisão de cargos e de funções (burocracia)³.

A visão e a missão organizacional estão centradas principalmente nas normatividades, são causas para um desvio no entendimento sobre os valores que se inserem neste processo e modo de gestão. Pode-se dizer,

² HOTTOIS, G., MISSA, J. N. **Nova enciclopédia da bioética**. Instituto Piaget; 2003.

³ PARAIZO C.B. **A ética organizacional como uma perspectiva inclusiva**. Rio de Janeiro: PPGBIOS Fundação Oswaldo Cruz; 2017. Tese de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

baseados em Habermas⁴, que as normas são aplicadas, obrigando que todos a sigam da mesma forma sem suportar a contradição, inserindo-se, portanto, em um modo heterônomo de regulação. Os valores, por sua vez, expressam preferências compartilhadas e são ricas em tensões, caracterizando-se como um modo autônomo de conduta. Esta visão centrada na normatividade, ainda que proteja e oriente, pode levar ao engessamento do comportamento dos profissionais da saúde, uma vez que ela não esteja associada à reflexão da própria prática. Consequentemente, para haver a mobilização da ação, o trabalhador necessita estar envolvido com a sua atividade e de maneira empática, agir baseado à enunciados relativos aos valores e aos dispositivos com vistas na reflexão ética. Os espaços dialogais e reflexivos são necessários dentro da prática profissional, de forma que possam auxiliar o engajamento, a vocação e a interiorização das práticas.

A importância da Lei concerne a adequação aos fatores sociais. O direito vem sempre acompanhado do momento histórico no qual ele está inserido e para a sua aplicação ser eficiente, é necessário haver a quebra de paradigmas, bem como um novo olhar diante da dimensão que se inscreve a partir desta mudança. Portanto, é imprescindível a constatação da legitimidade destas novas abordagens, pela coletividade, de maneira larga e prospectiva, de tal forma que possibilite uma mudança comportamental e organizacional da coletividade em relação às novas situações de convívio, de organização e de gestão.

A ética organizacional busca concomitantemente às demandas da gestão, uma sociedade na qual o indivíduo seja capaz de ultrapassar a imposição do “saber-fazer” para o “por que fazer”, faz parte da nossa consideração, pois confiamos que ambos estão inseridos em um processo

⁴ HABERMAS, J. **Direito e Democracia**: entre a facticidade e validade. Vol. I. Trad. Flávio Beno Siebeneichler – Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro pp. 314 – 319, 1997.

de trabalho complexo e não o processo propriamente dito. Apesar de termos a lucidez de que caminhamos em um sentido contrário à lógica do sistema capitalista contemporâneo, sustentamos e confiamos no potencial que cada ser possui, pois viver a democracia nada mais é do que ter a certeza da existência do outro.

Atualmente, observa-se a solicitação por organizações mais flexíveis, baseadas no trabalho em equipe, cada trabalhador passa a ter importância dentro do processo de construção e de transformação. O binômio comando-controle cede lugar para o diálogo e para uma abordagem predominantemente organizacional – cognitiva. O ambiente sociocultural e a integração entre as necessidades do trabalhador e o das organizações ocupam lugar de destaque neste novo contexto, preponderando o sistema sociotécnico e reafirmando a necessidade da interação entre o ambiente e o trabalhador⁵. Esta interação acontece a partir de um sistema onde é valorizada a condição resiliente e complexa que há nele, de maneira que a sua estrutura não determina o processo; ele é absolutamente uma manifestação dele.

A necessidade da intervenção da ética aplicada organizacional, neste ambiente, constitui-se a partir das demandas contemporâneas onde na presença da tecnologia, da inteligência artificial e das novas interações humano máquina, o trabalho e a forma de trabalhar são modificados, destacando-se as abordagens baseadas na criatividade, reflexividade e na autonomia, desafiando assim, a forma de fazer gestão.

NORMATIZAÇÕES: HETERORREGULADORA, AUTORREGULADORA E CORREGULADORA

A discussão do conceito multidisciplinar da ética gerou a reflexão

⁵ MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**: Edição Executiva. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. 380 p. Tradução: Geni G. Goldschmidt.

sobre a heterorregulação e a autorregulação e a corregulação. A normatividade pode ser vista a partir das questões administrativas, tecnocientíficas, jurídicas e éticas⁶. As administrativas se valem de estruturas hierárquicas e hierarquizantes, onde há o dever do cumprimento da missão da Organização, favorecendo principalmente as regras e as normas pré-definidas. Estas possuem uma visão especialmente econômica e burocrática, buscando a eficácia. O que informa esta estrutura é que o que deveria ser um meio torna-se a finalidade. Na normatividade tecnocientífica é valorizado o conhecimento, a técnica, a base cognitiva do trabalhador e o código deontológico representa a parte visível do *ethos* profissional. As jurídicas ocupam-se pelo estado de direito representado pelas leis, regulamentos e jurisprudência. A normatividade ética ocupa o espaço reflexivo, ou deliberativo, da tomada de decisão em situações conflituosas. Esse espaço, ou se preferirem a metáfora temporal, esse momento, reflexivo constitui a dimensão propriamente ética da tomada de decisão. Ela perpassa por todas as outras normatividades.

O objeto principal da reflexão ética é a competência autorreguladora que o indivíduo adquire, através das suas trocas e da coabitação com os outros, fundamentado pela capacidade reflexiva dos indivíduos. Neste caso, o trabalhador realiza de maneira efetiva a “gestão de si para si” com a finalidade de frear os seus desejos egoístas e pulsionais⁷. A autorregulação necessita um difícil e constante trabalho de controle de si, com a finalidade de assegurar que as consequências das nossas ações não possam prejudicar os outros ou a coletividade.

Essa crise da normatividade que se traduz dentro da transferência da regulação e da responsabilidade do Estado aos indivíduos,

⁶ LEGAULT, Georges. Autorégulation et Hétérorégulation: un concept interdisciplinaire. *Ethica* - Bibliothèque Nationale du Québec, Vol. 16. Núm. 2, pag 24-50 Hiver, 2007.

⁷ BOISVERT, Yves. Argumentation et démonstration de ma conception autorégulatoire de l'éthique. *Ethica* - Bibliothèque Nationale du Québec, Vol. 16. Núm. 2, pag 51-72 Hiver, 2007.

nos conduz a defender que os dois tipos de regulações coexistem dentro de um coletivo, regulação de controle e de autonomia. Mostram-se distintas e complementares, se inscrevendo dentro de uma interação dinâmica que se ajusta ao contexto. Os espaços de liberdade favorecem a integração da organização, a percepção de fazer parte de um coletivo e da responsabilidade que há em cada decisão. Defende-se que a moral não pode ser procurada dentro da obediência, mas nos bens considerados como fins.

A autonomia sugerida pela ética organizacional visa sobretudo a potencialização dos trabalhadores vulnerados e o aniquilamento do comportamento individual, verticalizado e enraizado em preceitos culturais e econômicos ultrapassados, que se mostram a partir de atitudes discriminatórias, exclusivas e autoritárias. Tal vulnerabilidade é gerada pela pouca coesão das equipes multidisciplinares, pela falta de empatia estimulada pela competitividade e agravada pelo difícil trabalho realizado pelos profissionais da saúde nas suas variadas disciplinas, incorporadas pela inter e transdisciplinaridade presentes neste ambiente.

A vulnerabilidade do trabalhador associa-se aos riscos éticos organizacionais, gerados por fatores de origem interna ou externa à organização. Tais riscos podem traduzir-se em questões que dizem respeito à hierarquia presente na organização, às exigências relacionadas à eficácia e ao desempenho do trabalhador, confrontando-o com contradições em relação aos valores organizacionais⁸, bem como a busca por um tratamento justo e equitativo. Comportamentos provocados pela presença do risco ético podem ser a causa de atitudes discriminatórias emanadas da cultura organizacional, danificando, por consequência, o

⁸ BOISVERT, Y., JUTRAS, M. et MARCHILDON, A. Quelques réflexions (critiques) sur l'intervention en éthique appliquée aux organisations publiques. In: YVES BOISVERT (dir.), **L'intervention en éthique organisationnelle: théorie et pratique**, Montréal, Liber, collection éthique publique hors série, 2007, pp.119-142.

clima e os vínculos de confiança inseridos neste contexto.

INTERVENÇÃO ÉTICA ORGANIZACIONAL

Sugere-se como intervenção nas organizações de saúde a Ética Organizacional e para tal, necessita-se enriquecer esta discussão com o conceito multidisciplinar da ética e conceituá-la dentro de diferentes disciplinas com o objetivo de propiciar um diálogo transdisciplinar. Existem muitas maneiras de compreender a ética e do seu papel quando inserida em um quadro transdisciplinar. Cita-se algumas leituras dada a ética aplicada, como parte de uma intervenção social, pautada em valores e imbuída de deveres morais diante das demandas organizacionais.

De acordo com Bégin⁹, a ética organizacional é parte da ética aplicada, que se ocupa de questões organizacionais. Ela pode ser dita como uma prática inserida em um exercício de julgamento prático, a partir do desenvolvimento da reflexão ética a qual é denominada de competência ética. Esta competência é encontrada em um contexto singular, diante de uma maneira única de agir, na presença de uma força criativa.

A competência [...] é uma combinação de conhecimentos, de saber fazer, de experiências e comportamentos que exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação¹⁰.

Competência é mais do que ter habilidades, conhecimento e atitudes, é como o trabalhador se coloca dentro da sua prática e de que forma as interações acontecem. Dentro do contexto ético organizacional, o que importa não é ter competência e sim, tornar-se competente em

⁹ BÉGIN, Luc. **Cinq questions d'éthique organisationnelle**. Éditions Nota bene, Collection Bleue, 2014.

¹⁰ ZARIFIAN, P. **Objectif compétence**. Paris: Liaisons, 1999, p. 66.

contextos particulares. A dinâmica do trabalho não permite que ela se encerre dentro de uma demanda prescrita, pois existem elementos constitutivos pertencentes a cada um e ao encontro deste com a atividade que ele realiza.

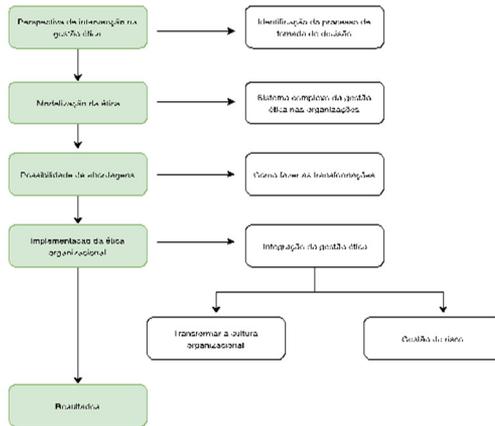
O modelo dinâmico de Le Boterf e de Zarifan afirma que o trabalhador competente é aquele que é capaz de tirar proveito do seu ambiente (recursos externos) com a finalidade de desenvolver habilidades (recursos internos) e se colocar dentro da sua prática¹¹. O trabalhador não é um mero executante, ele é o responsável pelas suas atividades, ele as organiza, monta estratégias para reagir à variabilidade que nunca é prevista, as realiza baseando-se em suas próprias regulações, transforma o trabalho e faz dele um processo dinâmico.

Por intervenção compreende-se a tentativa de modificar algo de forma concreta, com a intenção de melhorar o balanço ético da organização. Porém, para haver uma modificação é necessário saber o que necessita ser modificado, questões que devem ser discutidas e quais as estratégias que devem ser associadas (Gráfico 1). Com este objetivo, é imperioso anular a distância entre a teoria e a prática, assim como dar a possibilidade do indivíduo se colocar dentro da situação visada, através de uma prática pautada na reflexão, caso contrário, a intervenção não passará de uma ação para reforçar as normas organizacionais. Toda intervenção é uma atividade teleológica. O final (*telos*) da intervenção é determinado por um julgamento que define o estado do problema a ser resolvido, julgamento que repousa sobre um conhecimento mobilizado em ação, o diagnóstico.

O trabalho reflexivo se encarrega de nomear a dimensão teórica já mobilizada dentro da ação, fazendo assim, surgir um novo saber. Favorece, concomitantemente, a condição do sujeito tornar-se senhor da sua própria existência, do ponto de vista pessoal e coletivo, a partir do

momento que é dado a ele a possibilidade de exercer a sua criatividade¹¹.

Gráfico 1: Intervenção ou sensibilização ética organizacional.



Fonte: Elaboração própria, 2018.

À medida que as organizações de trabalho se colocarem dentro de uma perspectiva ética onde centralmente encontra-se a dimensão humana e não a eficácia, será mais real falarmos de engajamento pessoal e empoderamento de grupos vulneráveis. Avalia-se que a gestão ética pode ser utilizada como uma forte ferramenta para evitar um comportamento inadequado, uma vez que ela se faz exatamente na cooperação, na reflexão e no engajamento. Segundo Public Management Committee – PUMA – uma estrutura ética é definida com o engajamento político, um quadro jurídico eficaz, a existência de mecanismos eficazes de responsabilização, mecanismos de socialização pautados na educação, a presença de um Organismo de coordenação das questões éticas e de uma sociedade

¹¹ LEGAULT, George A. L'éthique organisationnelle: intervention ou sensibilisation? *In*: BOISVERT, YVES (Org.). **L'intervention em éthique organisationnelle: théorie et pratique**. Montreal, Québec: Liber, 2007. p. 33-55. (Éthique publique hors série).

formada por cidadãos que monitorem as atividades governamentais. A OECD (1997) afirma, também, que a sinergia entre os vários componentes de uma infraestrutura ética, será baseada em tradições culturais e iniciativas políticas-administrativas tomadas como meio para promover o comportamento ético¹².

Uma vez constatado que a organização está aberta para o desafio de transformar os seus paradigmas ou simplesmente se deixar sensibilizar por esta nova perspectiva social e organizacional, torna-se essencial que seja feita uma fotografia do ambiente da organização, com o objetivo de reconhecer, por exemplo, os modelos de gestão utilizados e a perspectiva institucional, desvelando se a sua base encontra-se no comando-controle, qual o espaço ocupado pela autonomia e sobretudo qual o lugar ocupado pela ética.

O diagnóstico realizado a partir da fotografia organizacional, tem por objetivo apontar a tensão entre o tipo de gestão adotado e os dispositivos éticos favorecidos. Deste modo, a tensão pode ser traduzida pela presença de dois modelos: o de valores compartilhados, gerados pela concepção reflexiva da ética promovida pela valorização do diálogo sobre questões relativas aos propósitos e ao significado das práticas e, pelo modelo baseado na conformidade, onde a concepção ética é sobretudo comportamental, tomando a forma de enunciados de princípios e de regras de conduta, dizendo assim o que deve ser feito e, conseqüentemente, o que deve ser evitado. Sendo este segundo modelo representado por um conjunto autoritário de regras e valorizado pela regulação comando-controle, presente no *design* institucional *top-down*, modelo de ética da conformidade.

A vulnerabilidade poderá ser trabalhada tão logo o sistema tenha

¹² PARAIZO, C. B.; BEGIN, L. Inclusive educational perspective: A reflection for a future that is already presente today. *Éthique et santé* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.01.001>

como foco a autonomia das estruturas e das pessoas, assegurando a coordenação das ações para atingir objetivos. Para tal, a intervenção da ética organizacional habilita-se a manter as práticas organizacionais qualificadas e inclusivas, investindo na presença do compromisso moral de todos os envolvidos no processo de trabalho, assim como em mecanismos de transparência e de responsabilidade individual e social. O encorajamento ao compartilhamento dos valores e da equidade de tratamento, fazem parte do seu propósito, no intuito de estimular o “viver juntos” no ambiente de trabalho e no encorajamento de que ações corretivas cedam o lugar às preventivas, assim como para o surgimento de novas maneiras de interações, a partir da reflexão e do desmascaramento de comportamentos e costumes inaceitáveis, possibilitando desta forma a mudança de cada indivíduo, conduzindo-o ao aumento do respeito por si mesmo e pelo coletivo a que ele pertence¹³. Tais medidas baseadas em valores compartilhados, tem relação com o que reconhece-se por controle habilitante¹⁴.

Os diferentes modelos citados são baseados a partir de alguns parâmetros norteadores, compilados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Modelos éticos.

	Valores compartilhados/ controle habilitante	Modelo conformidade/ Controle coercitivo
Coordenação das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometimento dos atores com os valores organizacionais. • Capacitação para agir. 	Através do respeito às regras e às normas.

¹³ PARAIZO, C. B. **A ética organizacional como uma perspectiva inclusiva**. 2017. Tese de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva – PPGBIOS Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro- RJ.

¹⁴ BÉGIN, LUC e LANGLOIS, LYSE. "A construção de um dispositivo ético: a experiência de uma tensão problemática", **Pyramides** [Online], 22 | 2011, on-line 16 de fevereiro de 2015, acessado em 03 de julho de 2018. URL: <http://journals.openedition.org/pyramides/907>.

Status atribuídos às regras e aos padrões éticos	Por ser o julgamento do ator realizado “em situação”, o status atribuído às normas e às regras será sempre dinâmico.	<ul style="list-style-type: none"> • Obediência às normas e às regras. • O quadro normativo visa reduzir as variações de comportamento e as incertezas (código de conduta, código de ética)
Modos privilegiados de intervenção ética	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas na forma de apoio e incentivo. • Estruturas de aconselhamento e de ajuda na tomada de decisão. 	Presença de uma abordagem de vigilância, controle e prevenção.
Formas de compensar as fraquezas e as inadequações da moralidade pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatizar as capacidades de julgamento autônomo na organização. • Socialização dos atores com fins de combater as fraquezas pessoais. • Fazer com que os atores reconheçam o valor das suas profissões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas e mecanismos que façam lembrar as obrigações e a lealdade ao empregador. • Cumprimento das regras através de sanções e de medo.
O desenho implícito ou explícito da competência ética dos atores organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização dos valores compartilhados. • No controle habilitante, a ética tem menos relação com o bom comportamento, adotando práticas reflexivas e julgamento autônomo. 	<ul style="list-style-type: none"> • O bom comportamento é esperado. • Eficiência e perícia de acordo com as normas. • Conformidade.

Fonte: Bégin, L.e Langlois, L Tradução: Paraizo, C.⁸

A atividade profissional deve ser regida pela relação entre o trabalhador e a sua atividade, propiciando a identificação deste como cidadão, contudo, esta identificação é construída nas interações diárias, no reconhecimento das suas competências, nos processos participativos e na constante busca pelas relações igualitárias.

A institucionalização da intervenção ética acontece lentamente, pautada na educação, na formação e na reflexão inserida dentro da complexidade existente no ambiente de trabalho, definindo novas formas de intervenções através do debate teórico, acompanhados da

determinação das suas modalidades de aplicação (debates sobre os processos que serão seguidos) e da sua eficácia¹⁵. Remarca-se que ela intenciona a quebra de paradigmas e de situações geradas pelo enraizamento cultural presente nas relações e interações acontecidas ao longo do processo, demandando abordagem contínua de aprendizagem e a reflexão dentro do agir sobre a própria ação. O trabalhador, independente de quem o seja, deve ser visto como parte integrante deste sistema e como um agente transformador.

Dentro do contexto do trabalho há o processo de aniquilação do exercício do julgamento autônomo e do enfraquecimento da identidade do trabalhador em relação aos seus saberes. Sugere-se que a capacitação destes trabalhadores, para o reconhecimento das questões normativas e das falhas existentes nela, possa ampliar o seu desenvolvimento. Do mesmo modo, acredita-se que a falta do empoderamento e do agir autônomo poderá conduzir o trabalhador a uma atividade sem muitos ideais e com pouco comprometimento.

Etimologicamente, autonomia é a condição de uma pessoa ou de uma coletividade cultural, que determina, ela mesma, a lei à qual se submete¹⁶. Ou ainda pode ser dito que a autonomia afeta tanto a identidade da pessoa, sua capacidade de agir e sua capacidade de "metabolizar" o conhecimento em ação. Tal compreensão da autonomia imediatamente reconhece a capacidade do trabalhador de refletir, interpretar e analisar as situações que ele ou ela enfrenta, a fim de responder às demandas colocadas sobre ele. Nesse sentido, o trabalhador está no centro da ação, a ponto de ser testemunha, intérprete e ator da

¹⁵ LEGAULT, George A. L'éthique organisationnelle: intervention ou sensibilisation? *In*: BOISVERT, YVES (Org.). **L'intervention em éthique organisationnelle**: théorie et pratique. Montreal, Québec: Liber, 2007. p. 33-55. (Éthique publique hors série).

¹⁶ LALANDE, André. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

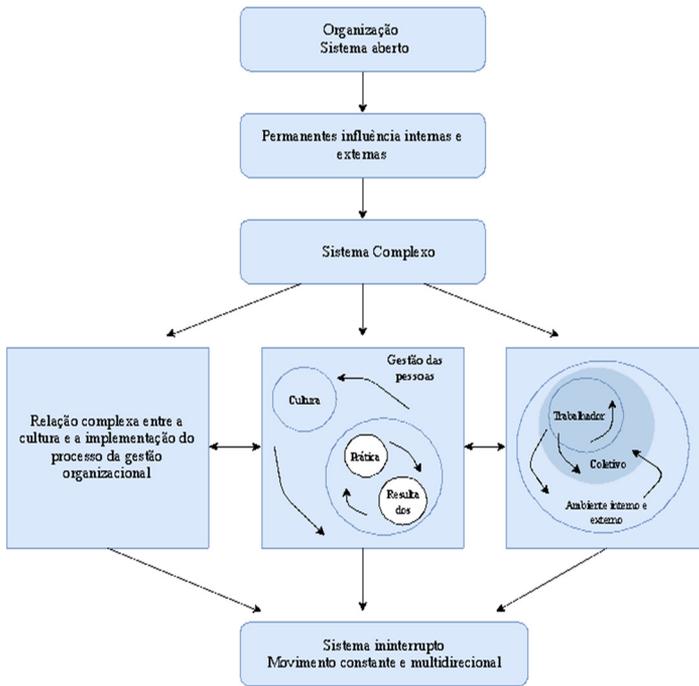
situação¹⁷.

Tal intervenção sempre será adaptativa e complexa por consideração às diferentes possibilidades de agir, pela presença do enraizamento encontrado nos pontos de vista do trabalhador e da auto-organização, da falta de linearidade (composição multifacetária) e pela condição de imprevisibilidade do processo. A ética organizacional, a partir do que lhe concerne, poderá auxiliar no comportamento resiliente dos ambientes organizacionais no encontro com situações complexas, assessorando-os no contorno de contextos de vulnerabilidade. Por resiliência compreende-se atualmente, a capacidade de transformação necessária para que um propósito possa ser alcançado, a partir de uma possibilidade de antecipar, projetar e executar algo. Em um primeiro momento a resiliência era compreendida como a capacidade de um material sofrer um impacto e voltar a sua forma original, logo em seguida a mesma foi dita ser a capacidade de realizar a recuperação de um trauma e, atualmente, no objeto da ética organizacional, associada à transformação da cultura organizacional.

Conforme a intervenção ou a sensibilização acontece, inserida em um sistema complexo, ela será influenciada constantemente por questões de origem internas e externas, na medida em que as interações entre o trabalhador e o meio são estabelecidas, havendo por assim dizer, um movimento multidirecional e ininterrupto entre a cultura organizacional, o tipo de gestão, as práticas evidenciadas, o trabalhador e todo o ambiente que o cerca, conforme demonstrado no Gráfico 2.

¹⁷ LACROIX, A. «La compétence éthique: levier d’insertion de la démocratie au travail», **Éthique publique** [En ligne], vol. 19, n° 1 | 2017, mis en ligne le 02 juillet 2017, consulté le 13 mai 2018. URL: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/2928> ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.2928

Gráfico 2: Sistema Complexo a partir do conceito de organização (baseado no modelo dinâmico de Le Boterf e de Zarifan)^{18,19}



Fonte: Elaboração própria, 2016.

As intervenções intencionam gerar impacto sobre as pessoas e por conseguinte, transformações das práticas organizacionais. Ela objetiva sensibilizar e informar sobre a necessidade e o papel da ética aplicada nas organizações, havendo a imprescindibilidade da compreensão de que o seu desenvolvimento é permanente e ininterrupto, pois a mesma não se insere em uma mera prestação de serviços, sendo assim, uma prática em

¹⁸ LE BOTERF, G. De quel concept de compétence avons-nous besoins? *Soin Cadres* n° 41, février 2002.

¹⁹ ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons, 1999.

construção.

Sensibilizar através da intervenção permite aguçar a percepção que há uma situação a qual esconde um problema, uma questão ética. É um exercício de conscientização, podendo definir-se como uma percepção de que algo poderia ser feito e que este algo poderia afetar o bem-estar organizacional de forma direta ou indireta, a partir de um sentimento de empatia e reciprocidade. Portanto a intervenção visa, como anteriormente dito, melhorar o balanço ético da organização, objetivando capacitar eticamente os trabalhadores, os coletivos, favorecer o tratamento equitável, e desenvolver a autonomia responsável e a capacidade de julgamento no trabalhador.

Destaca-se que a falta de conhecimento sobre a ética aplicada pelos gestores, funciona tal como imperfeições organizacionais, gerando consequentemente situações de vulnerabilidade concernentes aos trabalhadores. Tais imperfeições, inseridas no processo de trabalho, são encontradas na forma de conflitos no interior da equipe, resultante das fragilidades instauradas a partir da falta de um comportamento resiliente em relação a diferentes situações gerada pelas novas demandas normativas e socioeconômicas que envolvem os trabalhadores.

A existência da vulnerabilidade do trabalhador, carrega consigo questões relacionadas aos riscos éticos organizacionais, originados a partir de fatores internos ou externos à organização, capazes de neutralizarem o desenvolvimento da competência ética do trabalhador. E por competência destaca-se ser como uma determinada ação é realizada, é a condição autônoma que o trabalhador possui de afrontar uma situação da qual ele faz parte. A capacitação ética do trabalhador e do coletivo faz parte do propósito principal de uma intervenção ética²⁰. Sendo a competência ética

²⁰ BÉGIN, L., 2014, *Op. cit.*

associada à possibilidade da realização de uma reflexão crítica a qual deve encontrar-se presente em uma sociedade democrática, é a viabilidade de poder se manifestar, de questionar e de agir de maneira autônoma e responsável e consciente dentro da sua prática, através do reconhecimento das suas competências, oportunizando desta forma, trazer para a prática o conceito de inclusão e de consideração moral, de maneira que o trabalhador possa agir de acordo com os seus saberes e as suas capacidades descritas em um exercício de julgamento prático, não resumindo-se a formas de regulação social, associadas a prescrições comportamentais encontradas dentro dos quadros normativos.

Afirma-se que a capacitação dos trabalhadores devolve a ele e ao seu coletivo a condição de agir em situações limites e urgentes, assim como combater fatores adoecedores e vulnerantes.

CONCLUSÃO

É impossível pensar a BIO, a vida, sem refletir sobre ética e tudo que envolve os processos organizacionais. De forma breve, tenta-se reforçar a necessidade do trabalhador ser colocado no centro desse processo. Os índices de trabalhadores de saúde adoecidos e insatisfeitos com o seu cotidiano laboral são crescentes. E neste momento, me coloco dentro deste contexto, de forma empática e imbuída da certeza que nossas organizações de saúde necessitam mudar os seus paradigmas organizacionais.

As novas relações de trabalho geradas pelas tecnologias nos demandam uma atenção especial às questões éticas implicadas. Não cabe neste contexto, o profissional que se interessa somente pela técnica, ou o gestor que visa somente processos normativos na busca pela eficácia. A contemporaneidade suplica a interação, a reflexão e a possibilidade de viver junto de maneira cooperativa e participativa.

Baseadas nas premissas vigentes, vê-se na ética organizacional a possibilidade de alguma transformação social em direção de um ambiente de trabalho onde a força está no coletivo. Desta forma, todos que se envolvem nas difíceis questões associadas à Bioética, poderiam estar mais capacitados e competentes (moralmente) para este encontro.

CONTRIBUIÇÃO DOCENTE PARA FORMAÇÃO ÉTICA NAS ESCOLAS DE FISIOTERAPIA DO RIO DE JANEIRO

*Roberta Lemos dos Santos
Sergio Rego*

INTRODUÇÃO

Apenas uma minoria dos cursos de graduação das profissões da área da saúde oferece a opção de realizar a licenciatura, Biologia e Educação Física. Assim, determinar quem será o docente que formará alunos dessas graduações se torna potencialmente um problema, já que, a princípio não há o preparo para o ensino nos cursos de graduação. A maioria das profissões da saúde são profissões de consulta. A solução encontrada ao longo dos séculos tem sido a de se considerar que os indivíduos tidos como os mais competentes no exercício da profissão devam ser também os que poderão ensinar melhor. No Brasil, a preparação para o exercício da docência deveria ocorrer durante os cursos de mestrado, mas a realização do estágio de docência só é obrigatório aos que recebem bolsas de estudo da CAPES no doutorado. Mas ainda existem docentes contratados em instituições de ensino superior privadas (e em casos de professor temporário no setor público) que podem sequer ser detentores do diploma, nem mesmo ter realizado o estágio de docência. No geral, o fisioterapeuta que opta pela docência tenta recuperar referências de seus antigos professores, ou seja, sua herança pedagógica, assim como afirmam González *et al.* e ainda alegam que, pela falta deste preparo, o docente tem a tendência a negar conflitos na profissão, tende também ao autoritarismo, acredita na transmissão de conhecimento em uma única via: docente-discente; e que o faz repetir modelos sem análise crítica.

O preparo deste fisioterapeuta para o campo da docência fica a cargo apenas dos cursos de pós-graduação de mestrado e doutorado, que nem sempre oferecem formação específica em educação – embora devessessem – ou em técnicas de ensino. Possuir essas habilidades e conhecimentos também não garante que o docente exercerá a docência com alguma qualidade, assim como afirma Pimenta e Anastasiou¹. Como balizadores para o preparo e a formação docente, podemos citar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as Diretrizes Nacionais Curriculares e as demandas advindas da sociedade. A LDB nos diz que o docente deve ter competência técnica, porém não detalha em quais áreas esta competência deve existir^{2,3}.

As diretrizes curriculares tiveram uma proposta integralizadora para o ensino de fisioterapia, visando formação de um profissional com competências e habilidades para atuar na área da saúde e propõem o desenvolvimento de conteúdos transversais visando municiar o fisioterapeuta para o respeito de limites éticos e bioéticos do coletivo e do individual^{4,5}. Elas propõem uma formação generalista, crítica e reflexiva que capacita o egresso a atuar no SUS em todos os níveis de atenção baseados no rigor intelectual e científico. Colocando assim, um desafio para as Instituições de Ensino Superior: Composição de currículos nos

¹ PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no ensino superior**. Cortez Editora, 2002.

² VEIGA, I. P. A. Formação de professores para a Educação Superior e a diversidade da docência. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 42, 2014.

³ MOROSINI, M. **Professor do ensino superior: identidade, docência e formação**. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. Disponível em: <https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/downloads/2302.pdf>. Acesso em 01 Ago. 2019.

⁴ Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Educacional Brasília: Diário Oficial da União; 2001 [22]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf. Acesso em: 01 Ago. 2019.

⁵ Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Diário Oficial da União; 2002 [11-2]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 01 Ago. 2019.

quais haja diálogo igualitário nos enfoques da Ciência da Vida e da Saúde, nos aspectos éticos, filosóficos, humanísticos e políticos, bem como nos aspectos técnicos, profissionais e pedagógicos⁶.

De que forma esses docentes entendem a formação ética? Como acontece esta aquisição de conhecimento? Esta formação ética vem da família ou vem na sua carga genética? Qual o papel que os professores têm, ou podem ter, nesta formação ética? Basta somente aprender o código de ética? Com estas questões a serem respondidas realizamos uma pesquisa tendo o referencial da psicologia do desenvolvimento sociocognitivo como substrato teórico para as análises. Com essa perspectiva teórica assumimos que a Educação Moral é o instrumento para formar indivíduos autônomos e críticos. Entendemos que a formação profissional é fortemente influenciada pelo ambiente de ensino, pelo ambiente de prática, pelos colegas e pelos professores, mas que esta influência deve se dar para superar a norma heterônoma.

Esta transformação se torna mais fluida quando há uma socialização primária e, sobretudo podem contrapor estes valores familiares, se for da convicção do indivíduo que para ser um profissional ético, ele deve agir de determinada forma que contrarie valores prévios. Logo, assumimos o conhecimento como algo a ser construído. O construtivismo, então, apresenta uma ideia onde o conhecimento não é dado como algo terminado, ele se forma pela “interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais... por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia”.⁷ Nestes aspectos, tendo como base de sustentação a Teoria de Piaget, assimilamos no construtivismo um conceito que nos permite

⁶ OLIVEIRA, V. R. C. Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo. **Revista estudos**, v. 32, n. 4, p. 509-534, 2005. Disponível em: <http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/ArtigoHistFisiotValeria.pdf> e <http://www.fisioterapia.com/public/files/artigo/artigo08.pdf>. Acesso em: 01 Ago. 2019.

⁷ BECKER, F. O que é construtivismo. 1994. **Publicação: Série Idéias**, n. 20, 2011, p. 2.

apropriar-no-mos do mundo em que vivemos⁷.

Diversos teóricos se apoiam sobre esta perspectiva para estudo da educação moral e desenvolvimento moral, como Kohlberg, Rest e Lind^{8,9,10,11,12}. Eles tomam como sustentáculo, a ideia de que o conhecimento não está no sujeito e nem no objeto, mas sim nos dois em conjunto a uma interação com o ambiente. Para decodificar e internalizar o objeto externo, o sujeito produz ações que levam a um processo de assimilação e, depois, altera suas estruturas cognitivas num decurso denominado acomodação, trazendo uma mutação em si mesmo. De modo, que o sujeito torna-se figura central neste processo ativo e determinante, pois, se transforma por conta de sua própria ação no meio sociocultural e em concorde com as suas necessidades.

A educação moral ainda é pouco discutida no ensino superior, permanecendo assim uma ideia pré-estabelecida aonde o estudante chega ao ensino superior moralmente “pronto”, não restando quase nada, ou nada a ser feito. No entanto, ela (educação moral) deve municiar os elementos necessários para compreensão da lógica que vem embutida nas regras, para ser seguida e não colocada em prática por conveniência, mas por convicção. Ao ponto de que, através da apropriação crítica da regra, o estudante seja capaz de questionar e alterá-la quando se fizer pertinente¹³. Pode-se educar moralmente, quando educamos em valores, mais do que em modelos de indivíduos que estão restritos a uma época

⁸ LIND, G. Moral education: Building on ideals and fostering competencies. **Contemporary Issues in Education**, v. 2, n. 1, p. 45-59, 2011.

⁹ REST, J. R. *et al.*(Ed.). **Moral development in the professions: Psychology and applied ethics**. Psychology Press, 1994.

¹⁰ BIAGGIO, A. **Desenvolvimento Moral: Aspectos Cognitivos**. In: Psicologia do Desenvolvimento. 14ª Edição ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2000. p. 216-40.

¹¹ BIAGGIO, A. Introdução à teoria de julgamento moral de Kohlberg. **Moral & TV. Porto Alegre: Evangraf**, 1998.

¹² REGO, S. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. 169 p.

¹³ BERMÚDEZ DE CEICEDO, C. Necesidad de la bioética en la educación superior. **Acta bioethica**, v. 12, n. 1, p. 35-40, 2006.

determinada. Apesar de inúmeras tradições éticas, há certo consenso quando concluem que “ser moral é interessante para uma pessoa, porque é o mesmo que explorar as melhores possibilidades que se tem como pessoa”¹⁴.

MÉTODOS

Para alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa, selecionamos Instituições de Ensino Superior, que oferecem o curso de fisioterapia e que obtiveram a maior pontuação no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) publicado em 2013. Justifica-se esta seleção pelo entendimento de que quanto maior a nota obtida neste processo de avaliação, melhor está organizado o curso em relação ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. A utilização do ENADE como critério de seleção, não significa que o consideremos como o melhor processo de avaliação, mas é a avaliação que temos, oficialmente, no Brasil. Os docentes selecionados estavam incluídos em disciplinas de estágio supervisionado, bem como coordenadores dos cursos de fisioterapia das instituições escolhidas. Esse público-alvo foi assim definido, por compreendermos que docentes das disciplinas práticas e coordenadores de curso são peças-chaves na observação prática dos alunos em sua formação ética.

Realizamos entrevistas individuais com os participantes, nas quais se encontra uma vantagem de captação imediata e corrente desejada, o que a torna pertinente nas pesquisas de educação¹⁵. As entrevistas tinham

¹⁴ CORTINA, A. **O Fazer Ético**: Guia para Educação Moral - Escola & Democracia. São Paulo: Moderna; 2003, pp. 71-72.

¹⁵ MARFAN, M. A. Pesquisa em Educação: Uma Abordagem Qualitativa. Resenha. Em Aberto, v. 5, n. 31, 2011. Disponível em: <http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1605/1577>. Acesso em: 01 Ago. 2019.

um roteiro semiestruturado, foram gravadas e posteriormente transcritas, obedecendo a critério de saturação. Após esta fase, iniciamos um trabalho de leitura e releitura flutuante, que resultou na criação de categorias feitas a partir dos dados empíricos, que foram posteriormente classificados e, por fim, interpretados. Esses dados coletados e dimensionados foram analisados através da base conceitual de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁶, que obedeceu a sequência de organização da análise que inclui em seu processo a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Antes do início da fase de pesquisa de campo, a proposta foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ (CAAE: 49318115.7.0000.5240), vinculado na Plataforma Brasil e tendo como coparticipantes as Instituições de Ensino onde foram realizadas as entrevistas.

Esta investigação obedeceu às determinações da resolução CNS/MS 466/12, que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil¹⁷. Aos participantes, foram apresentados os objetivos e as etapas da mesma, bem como apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tanto para docentes, quanto para coordenadores. Este documento também assegura liberdade de participação, de recusa e o direito do participante de retirar-se a quaisquer momentos da pesquisa, sem causar-lhe prejuízos, garantindo também o anonimato dos pesquisados.

¹⁶ BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

¹⁷ Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União; 2013 [59]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 01 Ago. 2019.

RESULTADOS

Levando em consideração que não há um isolamento da formação profissional do fisioterapeuta como promotor de saúde e como docente, pois as duas vertentes de formação caminham lado a lado, entendemos que nem todos os fisioterapeutas receberam uma formação acadêmica que trouxesse luz às discussões de ética e bioética, por conta do processo histórico de constantes mudanças curriculares na formação do profissional de fisioterapia¹⁸. Pensando neste universo que envolve ensino, fisioterapia e contribuição ética para esses futuros docentes das IES selecionadas no Rio de Janeiro, fizemos as seguintes questões, dentre outras, que abordavam a contribuição da formação ética para os estudantes de fisioterapia:

1) As diretrizes curriculares para o curso de graduação em fisioterapia, afirmam que o futuro fisioterapeuta, terá que alcançar, dentre tantas habilidades, a de: “Elaborar criticamente o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas, éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação seja necessária...” (p.2) Como você acha possível alcançar estes objetivos?

2) Como ensinar e o que é aprender na perspectiva de formar um profissional ético?

3) Na(s) sua(s) disciplina(s) você aborda questões que julga contribuir para a formação de profissionais éticos? Como?

Durante as entrevistas, percebemos que há um claro desconhecimento das diretrizes nacionais curriculares para o curso de fisioterapia. Da mesma maneira, não demonstraram compreensão clara

¹⁸ BARNITT, R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. **Journal of Medical Ethics**, v. 24, n. 3, p. 193-199, 1998.

sobre o papel dos docentes na formação moral/ética no Ensino Superior, retornando ao modelo desenhado por González *et al*¹⁹ de herança pedagógica no momento em que este docente teria a oportunidade de contribuir para a formação ética desses estudantes.

DIRETRIZES CURRICULARES: COMO ATINGIR SEUS OBJETIVOS

A primeira pergunta, que trata das diretrizes nacionais curriculares, tem como pano de fundo uma integralização do sujeito como um ser inserido num meio cultural e social. Onde esse discente – inserido em um contexto que não é vazio ou um receptáculo passivo para atividades que se farão presentes em sua vida acadêmica – leva consigo toda uma relação já estabelecida com o ambiente ao qual está inserido. Ortega Y Gasset, com a expressão: “Yo soy yo y mi circunstancia...”²⁰, entende que todas as coisas estão em constante processo de mudanças e não há possibilidade de entender o ser humano como sujeito ativo, sem enxergar tudo aquilo que o cerca (desde o seu próprio corpo, até o contexto histórico social em que este indivíduo se insere). Os docentes entrevistados poderiam dar mais de uma resposta para a pergunta. Listamos abaixo alguns exemplos significativos das abordagens realizadas por eles:

D28: “... Para mim parece abrangente demais, e eu acho que está fora da nossa margem de alcance (...), por exemplo, a filosofia, está fora! Ética até vai, tudo bem. Política? Meu Deus, política está muito fora de nossa margem de abrangência. É igual ao SUS, né? Lindo no papel, mas não funciona. Muito bonito dentro da diretriz, mas está longe de alcançar o que ela se propõe.”

D8: “... É (risos), então, isso realmente tem dentro do nosso ‘Projeto

¹⁹ GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J.; MENDONÇA, F. F. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, p. 176-185, 2009.

²⁰ Ortega y Gasset, J. *Meditaciones del Quijote*. In *Obras completas de José Ortega y Gasset*, 7a ed., Vol. 1, 1966, p. 322.

Pedagógico'(...) é complicado. A gente tenta seguir com isso, mas dentro de todo esse contexto, dentro desses dez períodos, a gente tenta dentro das disciplinas, estar passando isso para eles.”.

D9: “Nós já temos esse objetivo alcançado há alguns anos. Nós temos uma linha de trabalho que é demonstrar a parte prática dentro da universidade, até mesmo os profissionais daqui, grande parte não vieram [sic] diretamente da área de ensino, trabalhavam no campo (...) essa troca de vivência profissional mais a área de ensino demonstra uma diferença muito grande...”.

D6: “Muito difícil, porque isso envolve não só a questão acadêmica/sala de aula, mas também envolve questões pessoais, você enquanto cidadão, enquanto membro da sociedade, enquanto indivíduo (...) então, assim, é muito difícil”.

Mas houve também quem fizesse um discurso com situações práticas para que esses objetivos fossem alcançados, podemos ver isso representado nessas falas:

D2: “Bom, eu vejo como um melhor caminho para alcançar esse objetivo, é reorientar a formação destes fisioterapeutas, eu acho que não tem como alcançar isso se a gente continuar no mesmo modelo formativo que eu tive, ou que a gente teve há décadas atrás [sic] e eu acho que esse movimento ele existe, está existindo...”.

D3: “Eu acho que é pela reforma curricular, eu acredito que a gente ainda tem a maioria dos currículos voltados para apreensão de especialidades e das técnicas (...) a mudança na reforma curricular e a inserção no currículo regular de disciplinas que viabilize a discussão política, cultural, né, os determinantes sociais em saúde...”.

Pelo fato de cada entrevistado estar livre para citar mais de uma solução possível, podemos observar outras soluções apontadas por estes docentes no Quadro 1 abaixo:

QUADRO 1: Soluções docentes para alcançar os objetivos da pergunta sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Possíveis Soluções Apresentadas	Frequência de citação destas Soluções
Inserção precoce na prática assistencial	08
Participação dos docentes no Projeto Pedagógico	06
Reorientação da educação com situação problema	04

Reforma curricular com inserção de disciplinas	04
Já alcançamos este objetivo	04
Não é possível alcançar este objetivo	04
Formação generalista	02
Aproximação com a Bioética	02
Humanização	01
Este objetivo é papel da família	01
Acesso ao docente	01
Inserção do fisioterapeuta na vida política	01
Educação Permanente	01
Formação voltada para o SUS	01

As imposições que as Diretrizes geram, chamam atenção para o contexto social brasileiro, requer novas habilidades onde os conteúdos estão pautados no processo saúde/doença do cidadão, da família e da comunidade, somado à realidade epidemiológica e profissional conduzindo para práticas integrais no lidar da fisioterapia²¹.

Observamos ainda que os coordenadores de curso entrevistados, nesta pergunta, colocaram uma posição muito mais de preocupação de adequar o curso com as exigências do mercado, além de trabalhar para revisão curricular dos cursos, sinalizando frequentemente o MEC e o mercado como norteador dessas mudanças, nas falas de D8 e D19, respectivamente:

“... é preciso também estar atento ao que o mercado está buscando profissionalmente” ou “... a integração com a prática precoce é importante e deve formar o pessoal para o mercado.”

²¹ REIS, F. J. J. dos; MONTEIRO, M. G. M. O ensino na Fisioterapia: momento de revermos a prática? **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 4, p. 340-341, 2015.

Assim como para Castanho²², parece que nesses casos, a educação fica rendida ao mercado e não em função da sociedade ou do interesse público. Onde uns se dedicam a questões mais pontuais e de aspectos técnicos, como carga horária de estágio, ligação das disciplinas entre os docentes de diferentes áreas e outros com questões mais amplas, referindo-se ao projeto pedagógico do curso e a colaboração dos docentes nas otimizações deste projeto, sem perceber que essas vertentes se comunicam e se interagem em todo o curso.

Entendemos, assim como Treviso²³, que não há possibilidade de formar profissionais de saúde com essas características, esse perfil do egresso em fisioterapia, ditadas pelas DCNs, as quais compreendem: profissionais generalistas, humanísticos, críticos e reflexivos, se não houver uma formação moral/ética adequada e continuada/permanente para os docentes, que tenha base na reflexão da prática, levando em conta o espaço de atuação, os alunos, os pares, os preceptores e o meio assistencial.

Esta educação permanente para esses docentes teria uma função de suprir o *gap* deixado durante o curso da graduação, onde se perde a perspectiva que o futuro profissional deve entender seu paciente como um ser social sem descontextualizá-lo. Ela pode ser definida, segundo Rovere²⁴ – que fala especificamente sobre educação permanente para profissionais de saúde – como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços e que tem como fim, melhorar a saúde da população. Um profissional ideal, então, deveria saber como

²² CASTANHO, M. E. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, 2002.

²³ TREVISÓ, P. **Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação, atuação e satisfação em sua atividade docente**. Dissertação (Mestrado em Educação) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre; 2015.

²⁴ ROVERE, M. R.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In: **OPS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos**. Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 63-106.

aplicar o conhecimento além de entender o outro como alguém contextualizado que está inserido no ambiente, na cultura, ou seja, pensando nele como um ser social.

Corroboramos com Reis e Monteiro²⁵, quando afirmam que o processo de ensino-aprendizagem destaca a aquisição de técnicas, mas não a compreensão, e esse modelo adotado combina as influências que vêm da evolução do ensino superior no Brasil. Eles destacam nessa herança a:

[...] adoção da hierarquização do ensino, currículos organizados por disciplinas, o professor sendo detentor de ensino e repassador de conteúdos pré-definidos, o ensino fragmentado, o conhecimento dado como pronto e imutável, a desarticulação com a realidade e a incapacidade de aplicar o conhecimento na complexidade de uma situação real.²⁶

Para as perguntas seguintes, que fazem menção a como ensinar e o que é aprender na perspectiva de formação de um profissional ético, o papel deste docente foi resumido ao exemplo, onde 63% resumiu sua contribuição como um “espelho” onde os discentes veriam um profissional ético através dele e inconscientemente escolheriam esta opção de agir profissionalmente. Além de retratarem a dificuldade neste ensino, visto que como profissionais de saúde que somos não tivemos preparo pedagógico prévio para tal ensinamento. Reiterando Pimenta e Anastasiou, quando constatam que grande parte destes docentes não conta com a formação sistêmica indispensável para a construção de uma identidade profissional para a docência. Sendo necessária a reflexão mais profunda sobre a formação pedagógica do fisioterapeuta, que ao atuarem como docentes formarão novos profissionais de saúde que serão responsáveis pelo atendimento, cuidado e prestação assistencial de saúde²⁷.

²⁵ REIS; MONTEIRO, *Op. cit.*

²⁶ Ortega y Gasset, *op. cit.*, p. 340.

²⁷ ROCHA, V. M.; *et al.* As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais

D15: “... isso é até uma coisa que nos falta como fisioterapeuta também, pois a gente não teve uma, vamos dizer... formação pedagógica, né?...”.

Na pergunta subsequente, que questionava como aprender sob esta perspectiva, os docentes também sinalizaram com maior frequência, uma aprendizagem indireta, que observa como o aluno se comporta mediante as situações reais na prática do estágio (70%), onde eles jugam ser o local apropriado para observar se o aluno de fato, reproduzia o que este docente de alguma forma ‘espelhou’ sendo um profissional ético.

Rego²⁸, afirma que esta aprendizagem indireta não é atribuída diretamente a ações delineadas neste processo de ensino e na pedagogia recebe o nome de currículo oculto, que abrange influências que são provenientes dos meios de comunicação social, além das relações cotidianas, com membros da comunidade da área da saúde ou não.

A Educação Moral pode ser pensada como a formação de pessoas autônomas capazes de discutir com bases em seus próprios argumentos e onde está a atitude dialógica, ainda entendemos que é possível interferir neste processo quando você oferece a este discente, as questões que o levará a um processo de conflito, onde as possíveis soluções dos problemas morais não estão bem postas²⁹. Ela pode acontecer tanto de dentro para fora, ou seja, pela preexistência de valores no meio sociocultural, quanto de fora para dentro, numa participação responsável, crítica e autônoma deste aluno³⁰.

fisioterapeutas. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 5, p. 4-8, 2010. Disponível em: http://abenfisio.com.br/wp-content/uploads/2015/12/ABENFISIO_-As-diretrizescurriculares-nacionais-e-as-mudancas-na-formacao-de-profissionais-fisioterapeutas.pdf. Acesso em: 01 Ago. 2019.

²⁸ REGO, S. A Ética na Formação dos Médicos. In: PALÁCIOS, Marisa.; MARTINS, André.; PEGORARO, Olinto. **Ética, Ciência e Saúde: Desafios da Bioética**. Petrópolis. Editora Vozes; 2001. p. 108-33

²⁹ GOERGEN, P. Educação moral: adestramento ou reflexão comunicativa? **Educação & Sociedade**, ano 22, v.76, p. 147-74, 2001.

³⁰ MÜLLER, A.; ALENCAR, H. M. de. Educação moral: o aprender e o ensinar sobre justiça na escola. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151797022012000200012&l

Na última pergunta que fazia referência à disciplina lecionada e questões que contribuíam para a formação do profissional ético, grande parte dos entrevistados (97%) abordava questões que julgava contribuir para a formação ética de futuros fisioterapeutas, apesar das disciplinas não serem de ética ou de ser uma disciplina técnica/clínica, ou ainda de não conter abordagem ética no conteúdo programático. E ao complemento da pergunta (como), os docentes citaram diversos métodos pedagógicos que julgavam melhor para abordar esta temática.

Os entrevistados fizeram maior menção à metodologia ativa, seja ela através de roda de conversa, debates ou situações problemas, onde a vertente mais citada foi a situação problema, que foi acompanhada de algumas explicações de como essa vertente aproximava o discente do real problema e alimentava o debate. Houve ainda, docentes que entenderam que a lei era suficiente para a formação de profissionais éticos e se valiam deste recurso, apresentando-as aos alunos, bem como suas sanções. Outros ainda justificavam que a prática e o exemplo se faziam suficientes neste processo. Vejamos algumas falas representadas a seguir:

D8: "... eu coloco a lei, que é crime com o cadáver qualquer tipo de desrespeito, não é pra assustar nem nada, só para mostrar que a gente precisa deste lado ético (...) nunca precisou se valer desta lei e espero nunca precisar, mas se um dia precisar, a gente tem os meios legais para isso."

D6: "... Então, nós somos presos a um currículo, enfim, e que a gente tem que ministrar o que está no currículo. O que eu, particularmente procuro fazer é, durante a explicação de um tema, especificamente, procurar o tempo todo dar exemplos..."

D29: "... Procuro falar um pouquinho da minha experiência, conversando mesmo, assim como aprendi na minha época..."

Observamos assim como Müller e Alencar³¹, que os docentes

[ng=pt & nrm=iso](#). Acesso em: 01 Ago. 2019.

³¹ *Op. cit.*

ensinam educação moral exatamente como aprenderam em sua época de graduação, nos remetendo à mesma indagação destes autores: Será que ensinamos como aprendemos? E se aprendemos errado, estamos destinados a ensinar da mesma forma? Este profissional de saúde, este fisioterapeuta, quando atua como docente precisa ter domínio dos conhecimentos específicos de sua área, além de ter conhecimentos pedagógicos, éticos e bioéticos que os habilite a desempenhar seu papel com excelência, neste processo de ensino e aprendizagem.³²

Compreendemos também, assim como Treviso³³ e Shulman³⁴, que este processo de ensino vai acontecer, de fato, quando o professor se envolve com o que precisa ser ensinado e como ensinar, não sendo restrito apenas a passar informações. Sendo assim cabe a este docente, atuar como mediador dos alunos no alcance do conhecimento, observando as diretrizes curriculares, baseada no entendimento das competências, que tendem fortemente, ao enredamento, ao vínculo da teoria e da prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito à eficácia da prática da fisioterapia, pesquisas diversas têm sido publicadas, sejam elas com bases em estudos de caso, revisões sistemáticas, pesquisa documental ou outros métodos (vide base PEDro – Physiotherapy Evidence Database – Sherrington *et al*³⁵), e tem como alvo a apropriação e melhora de procedimentos de avaliação, fisiodiagnóstico, tratamentos e suas inovações, promoção e prevenção de saúde. Estes profissionais, estando na docência ou não, preferem se

³² CASTANHO, M. E. *Op. cit.*

³³ TREVISO, P. *Op. cit.*

³⁴ SHULMAN, L. Knowledge and teaching: Foundations of the new reform. **Harvard educational review**, v. 57, n. 1, p. 1-23, 1987.

³⁵ SHERRINGTON, C. *et al.* PEDro. A database of randomized trials and systematic reviews in physiotherapy. **Manual therapy**, v. 5, n. 4, p. 223-226, 2000.

atualizar em informações exclusivamente técnicas que podem agregar algum suporte de práticas profissionais, do que pensar em um aspecto geral do paciente, mais humanístico e que é essencial para complementar a técnica e reforçar o processo de tomada de decisão na fisioterapia.

Um referencial ético é fundamental na profissão, porém a ética profissional puramente deontológica, cercada de proibições e regras, não se fazem suficientes para abarcar todo o processo de tomada de decisão, quando este envolve o fisioterapeuta. As entrevistas realizadas nos mostraram que esse docente de fisioterapia, precisa possuir todo um arcabouço bioético que incorpora os valores de conhecimento científico articulado com conhecimento humano e moral, para amparar essa tomada de decisão e que não se cerque puramente da técnica, como ainda observamos atualmente.

Hodiernamente, há uma dificuldade disseminada em lidar com a ideia da formação moral/ética pela tradição onde os processos de educação moral visavam inculcar valores e princípios nos discentes, tratando-os como uma tábula rasa que aguardava para receber as lições de uma autoridade. De fato, modernamente, entende-se que o propósito da educação moral é o de estimular a formação da consciência crítica dos indivíduos, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia individual, exatamente contrário ao modelo tradicional que enfatizava a heteronomia.

O que nos salienta a necessidade da educação permanente, partindo de um pressuposto de aprendizagem significativa, onde ela produz e promove sentido, propondo transformações da prática profissional baseando-se na reflexão crítica sobre tais práticas. Vindo ao encontro de suprir a necessidade deste docente compreender o indivíduo – discente – como um ser social com um contexto, observando-o sempre por completo, seja no social, no cultural, livrando-o de um vazio

situacional, pois, ele sempre estará inserido em um ambiente e isso deve ser levado em consideração para uma melhor organização e fluidez do processo formativo.

Acreditamos que não existe uma decisão técnica que seja moralmente neutra. É preciso que se compreenda sempre a dimensão moral dos problemas que nos chegam profissionalmente. É necessário compreender ainda, que uma boa decisão técnica sempre deve estar contextualizada pelo entendimento da especificidade do caso, de cada individualidade envolvida e das relações sociais onde elas se expressam. Sendo assim, urge a necessidade de preparar estes futuros fisioterapeutas para enfrentar o perfil da saúde que vem mudando progressivamente com o passar dos anos e esta evolução exige de nós, enquanto docentes, uma capacitação efetiva para um melhor entendimento da bioética e de suas ferramentas analíticas. Para tanto, devemos sair da superficialidade que os entrevistados deixaram explícito nas respostas, pois a situação real, imposta dia a dia na vida destes fisioterapeutas, exige de nós um desenvolvimento mais complexo para além das competências técnicas, o de competência bioética, que ultrapassa um conhecimento raso que o código de ética profissional pode proporcionar e uma real abertura para o entendimento do outro, como agente moral em sua própria vida.

A BIOÉTICA DO FIM DA VIDA E A QUESTÃO EXISTENCIAL DO MORRER

Fermin Roland Schramm

INTRODUÇÃO

Atualmente existem várias concepções concorrentes de bioética, como indica - de acordo com uma avaliação feita pela bioeticista portuguesa Patrão Neves¹ - o uso cada vez mais frequente do termo “bioéticas” no plural, que pretende indicar uma característica supostamente adquirida pelo campo da bioética na era da secularização e da globalização. Tratar-se-ia, nas palavras da professora Neves, dos “novos desenvolvimentos que a bioética tem vindo a conhecer num contexto geo-cultural progressivamente alargado e diversificado”, sendo que, neste contexto, “pugnar por uma ‘bioética’ no singular [seria] reivindicar o seu originário paradigma ocidental como o único verdadeiro, na adopção de um modelo epistemológico estreito e rígido”, ao passo que “aderir à pluralidade das ‘bioética’ é acolher como legítimas todas as diferentes reflexões que se reclamam da bioética, no eventual abdicar de um indispensável estatuto epistemológico”².

Em outros termos, nas sociedades contemporâneas o interesse para os problemas éticos tem crescido de maneira significativa, pois “até pouco tempo atrás a ética era um tema marginal, secundário com relação à *política* e ao *direito*, ao passo que agora [ela] tem adquirido uma grande visibilidade” por tratar-se de uma “peculiar instituição normativa [que] empurra as pessoas a agir de uma determinada maneira ou a sentir

¹ NEVES, M. P. Bioética e bioéticas. In: **Bioéticas ou bioéticas na evolução das sociedades** (Maria do Céu Patrão Neves & Manuela Lima, coord.). Coimbra: Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005, pp. 285-308.

² *Ibid.*, p. 285.

determinados sentimentos de repugnância ou de aprovação frente a determinadas ações”³.

Por isso, ainda segundo Neves, dever-se-ia abandonar o “sentido disjuntivo da expressão ‘bioética ou bioéticas’”, convertendo-o em

‘bioética e bioéticas’, colocando-nos assim para além da singularidade absolutista do modelo único da bioética e para aquém da pluralidade anárquica de um alargamento indiferenciado do seu âmbito,

chegando, desta maneira, a

um amplo e fecundo domínio intermédio que convém explorar, identificando-o e caracterizando-o na sua diversidade temática e de pontos de vista, compreendendo-o e desenvolvendo-o nos seus contributos para o sentido convergente da inquietude ética em relação ao poder conquistado do homem sobre a vida, em que essencialmente consiste a bioética.⁴

Feitas estas considerações conceituais iniciais, devo dizer em qual corrente (ou diretriz) da(s) bioética(s) me situo (ou pretendo me situar). Trata-se da corrente conhecida como “bioética laica”, fundada essencialmente no respeito da liberdade individual e na autodeterminação das pessoas, que é uma corrente preocupada com a qualidade de vida e a diminuição do sofrimento que pode ser reduzido, e que se pretende respeitosa de um amplo espectro de sensibilidades morais individuais e grupais, constitutivas da laicidade.

De fato, a bioética laica admite dois conteúdos conceituais específicos:

(1) que a vida não é sempre boa em si e a morte o pior dos males, pois a sua avaliação depende do que entendemos com o termo *vida*, visto que “vida” pode indicar alguma forma da mera vida biológica (ou

³ MORI, M. **Introduzione alla bioetica**. 12 temi per capire e discutere. Torino: Espress Edizioni, 2012, pp. 11-12.

⁴ NEVES. *Op. cit.*, 2005, p. 286.

zoológica), mas pode também referir-se à vida biográfica ou à vida social, remetendo, portanto, à antiga e problemática distinção grega entre *zôé* e *bíos*, que de fato pode ser vista – de acordo com Michel Foucault - como uma inclusão de zôé em bíos – pois “o homem moderno é um animal em cuja política a sua vida de ser vivo está em causa”⁵ - ou como uma desconexão recente entre tais termos, pois o “humano” que “sempre foi pensado como articulação e conjunção de um corpo e uma alma, de um vivente e um logos, de um elemento natural (ou animal) e um elemento sobrenatural, social ou divino”, deveria ser pensado atualmente – de acordo com Giorgio Agamben - “como aquilo que resulta da desconexão de tais elementos e examinar [o] mistério prático e político da separação”⁶;

(2) que não existe nenhum *design* divino ou finalismo natural intrínseco aos sistemas vivos, supostamente capazes de orientar nossas ações, de maneira cogente para qualquer agente racional e imparcial.

Ademais, a bioética laica decorre, por sua vez, de uma concepção diferente de ética, que pode ser vista como uma instituição natural ou divina, ou como instituição humana e social (que é a concepção em princípio defendida pela bioética laica). Em particular, a bioética laica recusa princípios morais absolutos, como poderia ser aquele contido no mandamento “não matarás” (que, como sabemos, não é de fato uma proibição absoluta, visto que admite a exceção “matarás” no caso, por exemplo, da legítima defesa).

A partir dessas premissas pode-se considerar a bioética laica como uma ética aplicada que se debruça sobre os efeitos, reais ou potenciais, dos atos de “agentes morais” sobre “pacientes morais”. Neste sentido, um médico, um enfermeiro ou qualquer outro prestador de serviços de saúde, são “agentes morais”, e os usuários aos quais se destinam suas práticas são

⁵ FOUCAULT, M. *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard, 1976, p. 127.

⁶ AGAMBEN, G. *L'ouvert*. De l'homme et de l'animal. Paris, Rivages, 2002a, p. 30-31.

“pacientes” ou – se preferirmos um termo utilizado pela linguística e a teoria da comunicação – “destinatários”, pois podem se beneficiar, ou não, das ações dos primeiros.

O campo de aplicação da bioética laica é bastante amplo e inclui práticas humanas que se referem ao começo da vida – ou a sua interrupção como no caso do aborto – e ao fim da vida, como é o caso de eutanásia, do suicídio assistido, da distanásia e da obstinação terapêutica, passando pelas práticas que pretendem transformar os sistemas vivos – como é o caso da engenharia genética – ou que afetam outros seres vivos – que podem ser animais ou outros sistemas vivos como os ambientes ditos “naturais”. Em particular, um dos âmbitos de aplicação das ferramentas bioéticas é o campo da saúde pública (ou saúde coletiva), cujas práticas afetam, ou podem afetar, inteiras populações, como no caso das endemias e epidemias.

Mais uma consideração introdutória: em minha abordagem dos conflitos morais que se referem a práticas no fim da vida costumo utilizar a expressão “bioética do morrer” com a qual a substituição do substantivo “morte” pelo verbo “morrer” pretendo indicar um processo, e não um mero evento situado no tempo (como indicado pelos termos “morte” e “fim da vida”), um processo que tem a ver com a temporalidade e a finitude, que fazem parte da condição humana, embora nossa cultura recalque prevalentemente esta “finitude”, pelas mais variadas razões, mas ao preço dela poder retornar de forma arrasadora, como nas várias formas de violência ou nas epidemias.

A seguir não analisarei em detalhes os fenômenos polêmicos da eutanásia e do suicídio assistido, concentrando-me em algo que está pressuposto por ambas: a questão da *finitude* e como esta é encarada.

Mas, para deixar claro o que penso sobre eutanásia e suicídio assistido penso que ambas as práticas devam ser consideradas como sendo

prima facie legítimas, pelo menos de um ponto de vista laico; ou seja, desde que decididas pelos próprios titulares daquelas vidas a serem “suprimidas”, e desde que tais agentes sejam cognitivamente e moralmente competentes. Caso contrário, entraríamos naquele problemático círculo da morte, onde a vida é suprimida por terceiros, por “razões” que não são necessariamente aquelas de quem está sendo morto, e que transformam a eutanásia em distanásia, como foi o caso da tanatopolítica nazista, que exterminou as populações que estariam ao serviço dos interesses daqueles que deveriam permanecer vivos.

Uma maneira de entrar no debate sobre a finitude pode ser aquela de nos ocupar de uma prática bastante comum no mundo contemporâneo: a prática do suicídio, dos atores que podem estar envolvidos e dos eventuais limites implicados. Em particular, nos perguntando quais podem ser os limites de tal prática.

AJUDA AO SUICÍDIO: ONDE SE SITUAM SEUS LIMITES?

Existem casos de pessoas que, embora ainda saudáveis, querem terminar suas vidas e reivindicam tal direito de se suicidar. Mas isso pode levar a uma espécie de banalização da prática do suicídio e, do ponto de vista moral, para um questionamento de sua legitimidade. Este pode ser o caso da Suíça, que permite o suicídio assistido, mas cujo artigo 115 do Código Penal Federal proíbe a eutanásia, mas, ao mesmo tempo, estabelecendo uma “regulamentação da permissão”, pois “não existem leis específicas que determinam sob quais condições uma pessoa pode solicitar assistência”, o que parece ter favorecido a atração de um “número considerável de pacientes para o país, chamados de ‘turistas do suicídio’” e tornando, por exemplo no Reino Unido, a expressão “*going to Switzerland*,

um eufemismo para suicídio assistido”⁷.

De fato, de acordo com “testemunhas de pessoas suicidadas ou suicidárias, pôr fim a seus dias é, antes, um meio de escapar a um sofrimento intolerável” e este sofrimento pode ter a ver com fatores sociais, culturais ou existenciais, mas “na maioria dos casos decorre de problemas de saúde mental, em geral acessíveis a uma tomada de cuidados”⁸.

Entretanto, o que preocupa é também a vontade de morrer de pessoas aparentemente poupadas pelas doenças, como foi o caso - citado recentemente (29/08/2019) pela jornalista Céline Zünd na revista suíça *Le Temps* - da francesa Jacqueline Jencquel que, ao ser questionada em sua decisão de morrer questionou por sua vez: “porque deveria me justificar? Tenho sofrimentos dos quais não quero falar”, concluindo com a pergunta “Deve-se ser agonizante para ter o direito de morrer”⁹

Mas, aqui, surge também outra pergunta importante, difícil de ser evitada e que, para Zünd é: onde situar o limite da ajuda ao suicídio para pessoas que não sofrem de uma doença incurável? Ou seja:

o sofrimento subjetivo de um paciente idoso e sua determinação em querer morrer constituem critérios suficientes para poder satisfazer seu desejo de morrer?

De fato, parece mais fácil responder frente a uma pessoa com uma doença “pesada” e mortal, o que não parece ser o caso de Jacqueline. Mas, para a médica de família e presidenta da associação *Lifecircle*, a suíça Erika Preisig, se o desejo de morrer de uma pessoa é claro e suficientemente

⁷ CASTRO, M. P. R. *et al.* 2016. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. Brasília: **Rev. Bioét.**, v. 24, no. 2 [http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136] acessado em 16 de setembro de 2019.

⁸ ZÜND, C. 2018. **Aide au suicide**: où sont les limites ?, *Le Temps*, 29/08/2018. [https://www.letemps.ch/suisse/aide-suicide-limites] acessado em 16 de setembro de 2019.

⁹ ZÜND, C. *Op. cit.* [https://www.letemps.ch/suisse/aide-suicide-limites] acessado em 16 de setembro de 2019.

intenso parece instaurar-se o dever de ajudá-la e de evitar que ela seja obrigada a optar “por uma morte violenta jogando-se debaixo de um trem”; ademais – acrescenta Preisig -, a pressão sobre os idosos não veria da prática de ajuda ao suicídio, mas sobretudo das condições insatisfatórias nas quais eles são mantidos nas instituições especializadas¹⁰.

Neste sentido, a associação da velhice com o direito de morrer pode constituir uma razão suficiente para se ter o direito de não querer mais viver. Entretanto, isso nos leva a ter que enfrentar a problemática objeção do eugenismo que, para Jacqueline, estaria supostamente por trás da “eliminação” dos idosos, devendo-se, nesse caso, “militar não para a interrupção obrigatória da velhice”, mas - como seria o caso dela - para uma sua interrupção “voluntária”¹¹.

Mas, em realidade, tais questionamentos nos levam para um amplo debate, surgido sobretudo a partir do progresso biotecnocientífico e que contribuiu para

mudar radicalmente as modalidades do morrer”, pois, “conjugado com fatores socioculturais, este fato tem contribuído a mudar também as atitudes profundas referentes às últimas fases da vida,

visto que “nos últimos tempos parece emergir uma nova atitude, porque hoje as pessoas querem conhecer a diagnose e decidir em primeira pessoa as estratégias terapêuticas”¹².

Este é o caso, por exemplo, do grupo suíço *EXIT*, cujo acompanhamento de pacientes rumo à morte passou de 17 casos em 2001 para 286 em 2017, e que deu lugar, em 2017, a uma comissão de 14 pessoas (da qual Jacqueline Jencquel fez parte participando das discussões) para

¹⁰ PREISIG, E. **Self determination in life and in death**. 2019. Cf. [<https://www.lifecircle.ch/?p=about&l=en>] acessado em 16 de setembro de 2019.

¹¹ ZÜND, C. *Op. cit.* [<https://www.letemps.ch/suisse/aide-suicide-limites>] acessado em 16 de setembro de 2019.

¹² MORI, M, 2012, *Op. cit.*, p. 179.

facilitar a ajuda ao suicídio e com o objetivo de examinar e defender os critérios de ajuda ao suicídio para pessoas que atingiram a velhice e que exigem ser respeitadas em suas decisões, pois: “militamos para que se pare de infantilizar as pessoas idosas obrigando-as a se justificar quando elas querem partir”¹³.

De fato, a Suíça possui um dos regimes mais liberais em matéria de ajuda ao suicídio, pois o código penal federal o admite desde que o agente não seja movido por nenhuma causa “egoísta”; possua discernimento em suas decisões e seja capaz de realizar pessoalmente o gesto fatal almejado.

Entretanto, não podemos esquecer que houve uma evolução neste tipo de prática e nas exigências associadas, pois, no começo do movimento era preciso haver uma patologia incurável e mortal para poder ter acesso a um acompanhamento rumo à morte. Mas, em 2014, *EXIT* ampliou o acesso a seus serviços, aceitando “as polipatologias incapacitantes” e “múltiplos handicaps ligados à idade, que alteram a qualidade de vida, mas não são mortais”, sendo que “a ala mais liberal da associação quer permitir às pessoas que ‘sofrem com a idade, além dos 75 anos, ter acesso ao pentobarbital sem diagnóstico, isto é, sem prescrição médica”¹⁴.

Assim sendo, em princípio não seria mais preciso

motivar a demanda de acompanhamento rumo à morte por razões médicas, e, via de regra, as pessoas idosas e saudáveis poderiam também ter acesso aos serviços do *EXIT*, embora Jacqueline não acredite nesta possibilidade porque “a idade avançada está sempre ligada a sofrimentos.”¹⁵

Já a Associação Suíça das Ciências Médicas (ASSM) é mais

¹³ ZÜND, C. *Op. cit.* <https://www.letemps.ch/suisse/aide-suicide-limites>

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Idem.*

restritiva, pois admite a assistência ao suicídio, mas desde que sejam respeitados determinados critérios. Em primeiro lugar o/a candidato/a ao suicídio deve ser capaz de discernimento e expressar um desejo de suicídio “refletido e persistente, que não resulte de uma pressão externa”, devendo ser “compreensível”, tendo em conta seus antecedentes e depois “de encontros repetidos com o médico”, sendo que as duas condições devem ser o objeto de uma verificação por uma terceira pessoa. Por fim, o indivíduo deve sofrer de uma doença ou de limitações que impliquem “sofrimentos insuportáveis” e para os quais qualquer outra opção, médica ou não, tenha falhado. Em outros termos, a ASSM tem considerado durante muito tempo que a ajuda ao suicídio não fazia propriamente parte da atividade médica.

Mas - como já vimos - em 2004 houve uma mudança com relação às diretrizes anteriores, que, em substância, só admitiam a ajuda ao suicídio no caso de uma doença mortal; ou seja, quando o fim da vida se aproximava de fato. Agora tal assistência continua sendo “contrária aos escopos da medicina”, mas ela é autorizada como escolha pessoal e moral do paciente; em suma, a ASSM deixa ao médico a tarefa de decidir se “esta assistência é conforme aos objetivos da medicina ou não” e devendo ele estar convencido de estar agindo para o bem do paciente. Entretanto, ela não é objeto de consenso entre os profissionais da medicina, pois foi objeto de críticas por parte do comité diretor da Federação dos Médicos Suíços (FMH), que conta com mais de 40000 médicos e que possui critérios deontológicos específicos referentes à ajuda ao suicídio¹⁶. Por exemplo, para o vice-presidente da FMH, Michel Matter, “as novas diretrizes constituem um caminho errado”, sendo o principal obstáculo o critério de “sofrimento insuportável”, que, de fato, “deixa demasiado

¹⁶ STALDER, H. Assistance au suicide : quel rôle pour le médecin?, **Bull. Med. Suisses**, 2018 :99(06):194 DOI : <http://doi.org/104414/bms.2018.06417> acessado em 16 de setembro de 2019. [<https://bullmed.ch/article/doi/saez.2018.06417/>]

espaço a uma zona de sombra”, pois implica em “pedir ao médico de julgar se um sofrimento é tolerável ou não”, o que não passa de um “critério subjetivo”, contrariamente ao caso do “fim da vida, que pode ser documentada de maneira objetiva”. De fato, para Matter, o fim de vida iminente do paciente representa o principal critério de uma assistência ao morrer, sendo que, de acordo com o código penal suíço, o suicídio assistido – que implica em fornecer a uma pessoa os meios para ela se matar – é tolerado na ausência de qualquer motivo “egoísta”, como enunciado no artigo 115 do Código Penal:

Aquele que, movido por um motivo egoísta [mobile égoïste], terá incitado uma pessoa ao suicídio, ou lhe terá dado assistência tendo em vista o suicídio, será, se o suicídio tem sido realizado ou tentado, punido com uma pena privativa de liberdade de cinco anos ou de uma pena pecuniária.¹⁷

Depois desta abordagem da questão dos limites, podemos entrar na questão de fundo de nosso trabalho, que é a questão da finitude, começando por uma análise conceitual do assunto.

O CONCEITO DE FINITUDE

A palavra *finitude* é um neologismo surgido na língua francesa no Século XX e que denota, em geral, “o caráter daquilo que é finito”¹⁸, limitado no tempo e no espaço, ou aquilo que está acabado, terminado. *Finitude* tem uma aplicação ampla, como nas expressões “finitude da vida”, “finitude humana”, “finitude da inteligência”, “finitude da razão”, “finitude de recursos”, “finitude do tratamento”, “finitude do amor”, “finitude do planeta”, dentre outras. Entretanto, não temos as expressões

¹⁷ Ver “article 111 du code penal suisse” [<https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/code-penal-suisse.pdf>] acessado em 16 de setembro de 2019.

¹⁸ LALANDE, A. **Vocabulaire technique et critique de la philosophie**. Paris: PUF, 1972, p. 359.

“finitude do mal” ou “finitude do sofrimento”, provavelmente porque consideradas como situações impossíveis (embora talvez desejáveis). Como se a palavra *finitude* tivesse necessariamente uma conotação de “privação”, referida a situações onde prevalece uma negatividade indicada pelo “fato” que algo, considerado positivo, acaba, venha a faltar.

Em particular, quando *finitude* é adjetivada na expressão “finitude humana”, ela indica a condição dos seres mortais que são, dentre os seres vivos, os seres humanos, que são seres finitos que nascem, se desenvolvem, declinam e morrem. *Finitude* indica, portanto, um evento natural, vivenciado *inter alia* pelo *homo sapiens*, que pode simbolizá-lo e, desta maneira, torná-lo aceitável, ou, então, pode não aceitá-lo, recalçando-o e, portanto, tendo que vivenciá-lo de outra maneira. Em suma, aceitar ou não a finitude não muda muito o poder deste processo de “morrer”, que de fato existe independentemente de sua aceitação ou não. Em suma, a finitude é uma característica da condição humana. Como todos sabem. Ou deveriam saber.

FINITUDE E ADOECIMENTO

O adoecimento é certamente um dos casos em que a finitude se expressa, ou se atualiza, pois é quando estamos doentes que experimentamos – queiramos ou não – nossa finitude. O adoecimento é, portanto, uma das principais portas de entrada de nossa percepção da condição humana de “finitude”. E o “adoecimento” é uma condição que diz respeito não só aos humanos tomados individualmente, mas também considerados como população, que é o objeto privilegiado da saúde pública. Este é certamente o caso das epidemias, mas é também o caso das doenças crônicas e degenerativas, que são a principal consequência da transição epidemiológica em curso nas sociedades contemporâneas.

Entretanto, o adoecimento pode ser aplicado metaforicamente à

própria “casa comum” que nos hospeda, chamada Terra ou – para sublinhar que a casa é de fato um “organismo” ou um sistema vivo – Gaia, como mostram as atuais preocupações e discussões sobre “a saúde do Planeta” ou sobre o esgotamento dos recursos naturais e os riscos crescentes para os nossos descendentes e sua casa comum: o Planeta Terra.

Em suma, a finitude é uma característica ou uma condição de tudo aquilo que está vivo e que, enquanto tal, faz parte de um processo onde se dão um começo, um meio e um fim, sendo que o segundo e o terceiro momento do processo podem eventualmente ser estendidos ou retardados, mas não parados. Caso contrário, entrariamos na situação (por enquanto imaginária) da imortalidade, atualmente abordada pelo transhumanismo, entendido como movimento cultural que promove a transformação da natureza humana pela tecnologia; em particular, pela biotecnociência, como veremos mais adiante. É tudo isso que deveríamos considerar quando pensarmos acerca das questões envolvidas pela *finitude*.

Mas pode-se constatar que tanto pensar a finitude, quanto suas representações, não é mais algo muito comum em nossas sociedades complexas e consumistas, que têm, por um lado, horror da morte, e que devem, por outro, lidar de qualquer maneira com ela, sendo, no entanto, despreparadas para esta tarefa, porque recalçaram a idéia “vivenciada” da morte, escondendo-a como se fosse algo não natural, espantoso, feio, improdutivo. Mas hoje, apesar deste recalque, a morte insiste em estar presente, sob várias formas e atitudes, como se a incapacidade de pensar na morte implicasse uma espécie de “retorno” dela para os humanos que tinham esquecido sua *finitude*.

FINITUDE E ETERNIDADE

Uma das maneiras – mas não a única – de pensar a *finitude* é em

correlação com a “eternidade”, ou seja, aquilo que - por definição - não tem limite no tempo. Esta é em princípio uma condição diferente daquela que conhecemos como nossa “existência” no dia a dia, que é o campo da experiência de nossa finitude individual, mas pode sê-lo também de uma experiência coletiva, quando pensarmos nas práticas de extermínio ou nos riscos que a humanidade corre devido a comportamentos insensatos, como a guerra ou a destruição de nossa casa comum: a Terra ou Mundo. A “finitude” é, assim, um horizonte da condição humana, tanto individual quanto coletiva, tanto pessoal como de espécie, pois nada nos diz – com razoável probabilidade de certeza – que seremos eternos enquanto espécie e que a humanidade, mesmo transformada, continuará existindo para sempre.

Atualmente começa-se a pensar até o contrário quando se percebem os prováveis efeitos destruidores de alguns de nossos hábitos mais comuns. Mas esta percepção é ainda pouco efetiva, pois poucos estão dispostos a aceitar a mudança de comportamento, talvez porque – como escreveu Spinoza – “essa idéia (...) de eternidade é (...) um modo definido do pensar, que pertence à essência da mente e que é necessariamente eterno”¹⁹. Ou, talvez – como preferem outros – porque o que definiria nossa civilização seria o fato dela ser essencialmente uma “cultura da morte” (como afirmaram, em muitas ocasiões, o papa João Paulo II e os grupos autodenominados “pró-vida”).

Em suma, pensar na finitude é algo difícil. Uma prova disso é que poetas e filósofos nunca pensaram nela de maneira direta, mas tão somente de forma metafórica, como se nós – seres finitos – estivéssemos impossibilitados em pensar a finitude, visto que – inevitavelmente – deveríamos pensar sempre também na nossa morte, o que é dificilmente pensável em condições “normais”. Mas – como ensinou Hegel – a morte

¹⁹ Spinoza, B. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 391.

“é a coisa mais terrível” e “suster o que está morto requer a força máxima”, que só pode ser encontrada na “vida do espírito [que] só alcança sua verdade na medida em que se encontra a si mesmo no dilaceramento absoluto”²⁰. Sustentar a idéia de morte é, portanto, algo muito difícil de ser pensado, e, no máximo, pensamos na morte dos outros, nunca na nossa, a não ser em situações extremas de sofrimento em que ela pode ser experimentada como uma “libertação” de algo que parece não acabar mais e que nos obstinamos a chamar de “vida”.

De qualquer maneira, parece que não temos experiência direta de nossa morte. E esta constatação permitiu a Epicuro afirmar que o problema da morte não deveria nos preocupar, visto que não seria um problema filosófico autêntico, pois quando estamos mortos não podemos pensar na morte porque não podemos estar fora dela para pensá-la, ao passo que quando estamos vivos a morte tampouco seria um problema, pelo simples fato de não estarmos mortos. Logo, não valeria à pena pensar em algo que não existe no momento em que estamos vivendo e pensando, e deveríamos, ao contrário, pensar em nossas vidas a serem vividas com a melhor qualidade possível.

Mas será que podemos eliminar o problema da morte e da finitude desta maneira, dizendo, por exemplo, que é um falso problema, sem mais? De fato, toda experiência de adoecimento nos faz duvidar da eficácia desta “terapia mental” de Epicuro, como bem sabem os doentes e, também, as pessoas que os acompanham, como é o caso dos *cuidadores*, os quais têm uma vivência pelo menos indireta da finitude quando compartilham a experiência da finitude dos doentes que sofrem de uma doença incurável e que procuram alguma forma de conforto. Além – evidentemente – de sofrerem diretamente em suas vidas as consequências de seu “cuidar” do outro. É sempre bom pensar nisso, para não sermos hipócritas.

²⁰ Hegel, GWF. **Fenomenologia do Espírito**, 7ª ed. rev. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 44.

De fato, a cultura contemporânea não lida muito bem com a morte e a finitude, devendo, muitas vezes, pensá-las *après coup*, quer dizer quando morte e finitude já se instalaram no real. Com outras palavras, a cultura contemporânea recalca a morte e a finitude, a não ser – indiretamente – no consumo de objetos e procedimentos compensatórios cada vez mais rapidamente obsoletos e que devem, portanto, ser substituídos – compulsoriamente –, criando montanhas de lixo dos quais não sabemos muito bem como nos desfazer, e que transformam nossa “casa comum” em autêntico “lixão comum”. Ou, então, nos delírios de potência e de poder que acabaram inexoravelmente, como nos mostra historicamente a caída dos “impérios”, um depois de outro. Mas esta experiência da finitude, deslocada nos objetos e nos delírios de poder/potência, é, por sua vez, também recalçada, como se nós fossemos infinitos e eternos.

O SENTIMENTO ATUAL DA FINITUDE

Nossa época tem uma relação com a finitude que é – poderíamos dizer – paradoxal. Com efeito, os sentidos de “imperfeição” e de “falta” – herdadas da tradição medieval e moderna – se radicalizam, como acontece na concepção do *ser-para-a-morte* de Heidegger, pois, para o filósofo alemão, este “ser para a morte” indicaria uma impossibilidade permanente e insuperável do próprio ser²¹. E esta impossibilidade do ser faria com que a finitude seja não só o caráter de nossa incapacidade de compreender o ser, sempre objetivado – ou entificado – de uma maneira ou outra; mas, de maneira muito mais radical, a verdade originária do próprio ser, ainda que inevitavelmente recalçada ou esquecida no nosso dia a dia, que, no entanto, nos deixaria confrontados com a finitude e a morte nos momentos mais impensados. Por isso, alguns filósofos

²¹ HEIDEGGER, M *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1927. (Cf. trad. *Ser e Tempo*. Petrópolis, Vozes, 1989).

chamaram a época contemporânea de *nilista*, querendo dizer com isso que no mundo atual ter-se-ia perdida a relação da finitude com o infinito, tornando a finitude uma espécie de absoluto sem esperança e condenando a idéia de infinito à falta de sentido; em suma, condenando-o à “idéia vaga de um indefinido irracional ou ao exercício infinito de uma interpretação que o finito faz de si mesmo”²².

Assim sendo, pode-se dizer que nossa época tem uma relação problemática com a finitude, pois, por um lado, ela a incorporou em seu imaginário sob a forma de uma obsolescência acelerada no dia a dia de nossas relações (com os entes ou objetos do mundo) e inter-relações (com os outros seres do mundo), e, por outro, não a aceita.

Este é provavelmente o caso emblemático da assim chamada “obstinação terapêutica”, que – de acordo com a expressão – consiste em insistir em comportamentos que não resultarão necessariamente no alívio de quem sofre e, sim – e paradoxalmente – em redução da qualidade do processo de viver-morrer. Neste sentido, o *fenômeno* da obstinação terapêutica pode ser visto como paradoxal devido a seus efeitos. Mas a *atitude* da obstinação terapêutica não é algo gratuito, pois se inscreve no desejo legítimo de “lutar” contra o sofrimento e contra a morte, até onde isso for razoavelmente possível; isto é, sem que a obstinação se transforme em uma autêntica tortura. Este desejo talvez esteja na origem de nossas ciências e técnicas que, em princípio, servem para melhorar a qualidade de vida dos humanos, como bem mostram os avanços no tratamento da dor e do sofrimento ao longo da história da medicina e da biomedicina. Neste sentido, medicina e biomedicina constituem certamente um avanço no processo de humanização do tratamento e na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, este “desejo legítimo” pode tornar-se

²² ESPOSITO, C. “Finito”. In: **Enciclopedia Filosofica**. Milano: Bompiani, v. 5, pp. 4294-4305, 2006, p. 4304.

questionável quando implica em produtos e procedimentos que servem menos para melhorar a qualidade de vida, e mais para reproduzir o próprio dispositivo da biotecnociência e/ou garantir os interesses corporativos envolvidos, o que pode trazer problemas praticamente insolúveis aos sistemas sanitários eternamente em crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da finitude é extremamente complexa e polêmica nas sociedades atuais, nascidas da conjunção de diferentes fatores, dentre os quais se destacam os progressos da biomedicina; o consumo crescente de medicamentos pelas mais variadas razões; a vigência da assim chamada “sociedade indolor” e da “medicina dos desejos”; a incapacidade crescente de suportar privações e frustrações e, sobretudo, a incapacidade de pensar seriamente um futuro “sustentável” ou “auto-sustentável”.

Por isso, a partir dos anos 80 do Século XX alguns filósofos da medicina e bioeticistas começaram a pensar na necessidade de uma “cultura dos limites” também em campo sanitário. Dentre eles se destacou o recém falecido bioeticista Daniel Callahan, para quem viveríamos muito melhor se “todos começássemos a pensar nossa maneira de pensar [sobre a] morte”; se conseguíssemos “estabelecer limites em uma sociedade tecnológica” e pensar “quais seriam objetivos humanos” razoáveis e defensáveis²³.

Mas a finitude é dificilmente pensável em sociedades de produtores e consumidores que não tenham tal “cultura dos limites” incorporada em seu imaginário e em suas atitudes racionais/razoáveis, nas quais, de fato, o “limite” é percebido prevalentemente como frustração ou privação, nunca como algo necessário para que seja garantida uma

²³ CALLAHAN, D. **Setting Limits**. Medical Goals in an Aging Society. Washington: Georgetown University Press, 1995, pp. 10-12.

qualidade de vida razoável, presente e futura. Por isso, outros autores falam em “cultura do narcisismo”, a qual teria substituído a tradicional “cultura dos limites”, que foi a tônica quando a competência técnica e científica era de fato bastante reduzida, e pouco efetiva.

Assim sendo, o desafio atual consistiria em pensar a finitude dentro de uma cultura dos limites, tendo, entretanto, a preocupação de não demonizar os avanços da biomedicina em sua missão de melhorar a qualidade de vida de indivíduos e populações humanas, pois é muito comum confundir tal cultura dos limites com o atraso, isto é, em deixar – no fundo – as coisas como estão. O que acaba em manter também os antigos privilégios de poucos, deixando os demais desprotegidos contra os riscos e danos da existência humana.

Em suma, parece que os “limites” devem ser pensados juntos com as novas “possibilidades” trazidas pelos avanços das ciências e das técnicas aplicadas à vida e a suas funções. Mas este é um exercício muito difícil de fazer, como já viram filósofos e poetas quando pensaram a finitude como uma dialética entre “finito” e “infinito”, entre “contingência” e “eternidade” aplicadas aos humanos “demasiado humanos” – como escreveu Nietzsche – que somos.

MEDICINA NARRATIVA: A HERMENÊUTICA DO ENCONTRO

Lorraine Veran

O PAPEL DA HERMENÊUTICA NA RELAÇÃO

A hermenêutica é a ciência de todo entendimento linguístico que serve de base para a concepção de todos os tipos de interpretação textual. É a forma de tornar compreensível o que está além da compreensão humana, de uma maneira que a inteligência possa compreender¹.

A história da hermenêutica remonta-se à antiguidade, à exegese bíblica. E se aplica a diferentes campos.

O grande texto a ser interpretado é a vida, não somente pela forma como é interpretada, mas sim pela interpretação como experiência².

A etimologia da palavra vem do substantivo *hermeneia*, que quer dizer interpretação. Na mitologia grega, Hermes, o Mensageiro dos Deuses, era responsável pelas mensagens, a quem os gregos atribuíam a origem da linguagem e da escrita, o padroeiro da comunicação¹.

Aristóteles, filósofo do século IV A.C, criador da retórica, afirmou que o homem é único ser dotado de palavras, de linguagem articulada, de raciocínio. O homem se torna visível pela linguagem¹.

As palavras vão muito além de um simples dizer. Elas explicam, racionalizam, clarificam algo obscuro. O significado sempre está relacionado a alguém e ao contexto.

A “Palavra”, no modo judeu de pensar, implica mais em ação,

¹ TERRA, G. M. *et al.* Fenomenologia: hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico em uma investigação de enfermagem em enfermaria. **Acta Paulista de Enfermagem**, col. 22, no. 1, São Paulo/ jan-fev, 20009. Ver também: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hermen%C3%AAutica> - 08/10/2019.

² *Idem.*

diferente do *logos* grego que remete mais ao intelecto e ao pensar³.

De acordo com o filósofo francês Paul Ricoeur, no seu ensaio sobre interpretações, a compreensão não deve ser vista como uma coisa da subjetividade de uma pessoa, porque é no encontro do ser por meio da linguagem, que acontece a hermenêutica⁴.

Define-se com a interpretação do sentido, da narração, das metáforas e dos símbolos.

A trajetória de Ricoeur⁵ se dá num esforço contínuo de compreender a dimensão do ser humano em sua totalidade, um convite a entender a existência humana pela compreensão do comportamento simbólico do ser humano. “O sentido oculto no sentido aparente” por meio do registro escrito de suas falas, gestualidade e sentimentos, uma forma de especificar o que é essencial na descrição de sua experiência. O discurso surge como uma forma de superar a solidão do ser humano, a busca do sentido embutido em palavras de maneira que o ser seja percebido em sua totalidade⁶.

O SER E A NARRATIVA

A narrativa permeia a humanidade. Desde os primórdios da evolução humana, utilizamos a narrativa que vem se diferenciando ao longo dos anos e alcançou sua grande mudança com o aprimoramento da linguagem articulada pelo *homo sapiens*. Nos tornamos seres relacionais e sociais. Através das histórias adquirimos conhecimento do mundo e sua diversidade sociocultural, organizamos emoções e pensamentos,

³ OLIVEIRA, I. **Vocação dialógica do homem segundo Martin Buber**. Edital Probic / Puc Minas, 2012.

⁴ RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaio de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

⁵ *Idem*.

⁶ RICOEUR, P. **A interpretação e ideologia**. 4ª edição. RJ. Francisco Alves, 1990.

estimulamos a curiosidade e damos sentido à nossa existência.

A narração é vida vivida, portanto a experiência humana possui uma dimensão narrativa.

Todos somos narradores de nossas próprias histórias e é a forma de darmos sentido, criar, imaginar e sintetizar, trabalhando sempre com a ambiguidade deste sentido, através da hermenêutica.

Martin Buber, o filósofo do diálogo, afirma que o homem instaura o emergir dinâmico de sua existência pela palavra. Como manifestação do si mesmo, o *logos* torna-se uma abertura ao outro, *dialogos*. Buber salienta ainda que o homem atinge seu ser pela relação. O homem habita a palavra. Ela não só é proferida pelo ser, como instaura modos de existir do ser humano⁷.

Atravessamos marcos narrativos importantes, os dramas humanos, como o nascimento, a vida, o adoecimento e a morte, imbuídos de um contexto único e individual, inseridos em padrões socioculturais diversos.

O modelo duro biomédico, que se fortaleceu após a Escola Clínica de Paris em 1789, causou uma redução antropológica do ser humano e todo o aspecto biopsicossocial da doença foi enquadrada como textos secundários. Era a centralização do cuidado de maneira fragmentada, restrita a órgãos e doenças. Pensadores como Michel Foucault caracterizaram como um novo momento epistemológico, onde passam a reconhecer apenas como fatos clínicos, os dados objetivos, encarados como os únicos fiáveis⁸.

Danilo Perestrelo, o pai da psicossomática no Brasil, na década de 80, nos fala da necessidade de enxergarmos o outro como a Pessoa da

⁷ BUBER, M. **Eu e tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. SP. Cortez e Moraes, 1977.

⁸ BUBER, M. O diálogo possível. Rudinei Borges. **Revista Parâmetro**. Wordpress.com, 2010.

doença, um convite importante a enxergamos as várias dimensões de um ser⁹.

Para Buber, somente quando o indivíduo conhece o outro em toda sua alteridade, como em si próprio, como homem, experiência a partir da qual irrompe na direção do outro, conseguirá romper sua solidão, em um encontro estrito e transformador.

O filósofo Emmanuel Lévinas em sua teoria da alteridade, nos mostra o rosto do outro como o infinito, para além da forma plástica, e nos convida a compreender nossa própria existência e a ser responsável pelo outro¹⁰.

Movimentos filosóficos e intelectuais como o personalismo, que surgiu no contexto histórico, pós crise de 1929, nos apresenta importantes formas de enxergar a pessoa humana. O homem como um ser tridimensional, relacionável, único, individual e irreptível. É um ser em constante construção, o que se dá a partir do contato com os outros na coexistência¹¹.

A bioética enxerga o ser humano como um livro aberto, que oferece múltiplas páginas, que têm de ser lidas e relidas com a atenção máxima de quem se deixa entranhar pelo texto, absorvendo, decifrando e assimilando com o objetivo de opinar sobre sua condição, sua saúde. Esta leitura ocorre dentro de um período de tempo linear e permite relacionar o passado com o presente e vislumbrar o futuro perspectivamente.

Para a pessoa humana, tudo que diz respeito à existência tem significado. Moratalla reforça que a vida humana não é só biológica em sua singularidade, é também biográfica. Por isto, é objeto de apropriação e interpretação¹².

⁹ PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa**. Editora Atheneu, 1982.

¹⁰ ALMEIDA, R. D. C. Rosto e responsabilidade na filosofia de Emmanuel Lévinas. Intuito. **Revista do PPG em Filosofia** da PUCRS. V. 8, n 2 (2015).

¹¹ ALMEIDA, R. D. C. *Op. cit.*, 2015.

¹² MORATALLA, T. D. Bioética y Hermenéutica. La aportacion de Paul Ricoeur a la

A narrativa é o melhor meio de nos conhecermos através da autorreflexão. Pela mediação da própria narração o si encontra sua própria identidade (*Ipse*) e é através da narração que o homem percebe a alteridade do outro, o outro como um outro si mesmo ou outro em si, e só então o homem é pessoa¹³.

Ao longo da história, nenhuma realidade questiona tanto o homem, quanto a temática da morte. A morte, tal como a vida, são sagrados momentos devido sua complexidade e profundidade. Por isso a importância de sermos humanos na hora da morte, vendo quem sofre como pessoa, encontrando espaço para transcendência. É na morte que o homem expressa o verdadeiro valor da vida¹⁴.

Após o período do iluminismo, a medicina se consolidou como ciência, modificando a visão da morte, enxergando-a como uma derrota. A morte, então, passa a não ser natural e torna-se uma obsessão da tecnologia, gerando a solidão e o estranhamento. A morte torna-se dolorosa e sem significado.

E dentro de um processo desumanizador do movimento tecnicista, a pessoa se fragmenta, como também suas narrativas, que tornam-se monotonias próprias. A doença é a grande estrela do movimento que reduz o indivíduo a mero espectador da enfermidade. O foco volta-se ao tratamento a doença, relegando a experiência da doença pelo ser humano, lembrando, porém, que a doença e a saúde têm raízes na vida.

Hans-George Gadamer, filósofo alemão, em sua obra sobre a saúde, aponta os limites da tecnologia e relembra o conceito de medida em Platão, como aquilo que é apropriado. A dificuldade em enxergar o

bioética. *Veritas*, vol II, no 17 (2007), pp. 281-312.

¹³ JIMENEZ ROSAS, C. A. El paciente como texto segundo Ricoeur. Implicaciones em bioética. *Rev. Bioética* (2014); 22(2): 234-40.

¹⁴ BUBER, M. *Op. cit.*

apropriado, está justamente assentada na ausência do olhar e da escuta, que criam esta conexão intrínseca com o outro¹⁵.

MEDICINA NARRATIVA

Somos seres interpretativos. Jerome Bruner, um pioneiro do cognitivismo, afirma que nós nascemos com uma predisposição para interpretar o mundo de uma forma particular e a também a agir em cima de nossas interpretações.

Para Buber, nossa propensão para organizar a experiência em forma de narrativa, não serve somente para conservar e elaborar uma tradição, mas para melhorar e interpretar o que possa ser uma nova forma de contar¹⁶.

Polkinghorne¹⁷, sugere que toda análise do aspecto humano deve ser baseada na narrativa. Pessoas vivem suas vidas rodeadas de significados, na qual elas desenvolvem e interpretam ações em um tempo....

A narrativa é internacional, trans-histórica e transcultural: simplesmente existe como a própria vida. Todas as classes e todos os grupos humanos têm suas próprias narrativas. O homem é basicamente um ser dia-legal e dia-pessoal¹⁸.

No final dos anos 80, Polkinghorne e outros autores identificaram um momento de “virada narrativa do século XX” na medicina e nas ciências de saúde, na medida que a narrativa passou a ser considerada recurso essencial para dar significado individual e específico que os

¹⁵ MENDONÇA, A. L. O. O cuidado com a saúde na era da ciência e da técnica: o que é saúde afinal? **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.783-788.

¹⁶ ALMEIDA, R. D. C. *Op. cit.*, 2015.

¹⁷ POLKINGHORNE, D. E. **Narrative Knowing and the human sciences**. Albany, NY: State University of New York Press. 1988.

¹⁸ *Idem*.

pacientes atribuem à sua doença¹⁹.

A medicina é dialógica, é polifônica, é multivocal. A prática surgiu entre as décadas de 80-90 como um movimento humanizador da relação, onde o centro do cuidado é a pessoa. Várias publicações surgiram nesta época, especialmente nos países anglo-saxônicos, mas que nos dias de hoje se espalharam internacionalmente.

O legítimo desta nova abordagem é seu enfoque no indivíduo e em seu contexto (história de vida, crenças, valores, dilemas), um redirecionamento de olhar da doença para o doente. Este movimento surgiu pouco tempo após a institucionalização da medicina baseada em evidência, no início dos anos 80, do século XX²⁰.

Rita Charon, uma médica internista americana, da Universidade de Columbia, em Nova York, foi a responsável pela criação do nome Medicina Narrativa e pela sua disseminação e aperfeiçoamento acadêmico. Charon a define como a prática com a competência narrativa para reconhecer, interpretar e ser levado a agir pelas histórias do paciente e sua vulnerabilidade^{21,22,23}.

A medicina narrativa está no cerne do intercâmbio linguístico entre médico e paciente e possui uma importância grande como instrumento formativo por fornecer instrumentos interpretativos indispensáveis a uma boa e justa relação profissional de saúde e paciente²⁴.

A medicina narrativa possui a característica de ser multidisciplinar, reunindo e congregando saberes das humanidades, como a filosofia, a

¹⁹ JIMENEZ ROSAS, C. A. *Op. cit.*, 2014.

²⁰ *Idem.*

²¹ FERNANDES, I. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. **Rev Port Med Geral Farm.** 2014; 30: 289-90.

²² CHARON, R. What to do with stories. The sciences of narrative medicine. **Canadian Family Physician.** Vol 53: August 2007, 1265-67.

²³ CHARON, R. **Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness.** Editora Oxford University Press, USA, Edição 1, 2008.

²⁴ MENDONÇA, A. L. O. *Op. cit.*, 2014.

literatura, a antropologia e a ética, em favor da interação disciplinar focada no processo formativo e profilático.

João Lobo Antunes, neurocirurgião português e um grande humanista, em sua obra *A nova medicina*, manifesta admiração com os avanços tecnológicos do século XX, porém ao mesmo tempo que demonstra preocupação com a falta de incentivo na escuta do paciente e um distanciamento da relação médico-paciente às custas de uma maior utilização dos meios auxiliares diagnósticos e assim nos perca da supremacia da singularidade de cada caso. A individualidade do paciente, segundo Antunes, está no cerne da atenção clínica²⁵.

A medicina narrativa possui elementos fundamentais que a caracterizam, que são: a atenção, a representação e a afiliação.

A atenção é estar presente e ouvir o paciente com intensidade, não interrompendo sua fala aos famosos 18 segundos, é absorver e entranhar a história, desnudo de preconceitos e julgamentos.

A representação é o que a experiência da doença significa e como ele é representado para ele mesmo, sua família, os cuidadores e entre os profissionais de saúde.

A afiliação, elemento importante, é a criação do vínculo que gera confiança e respeito. É quando a empatia e a solidariedade compassiva ao sofrimento do outro vai de encontro às suas necessidades. É quando a relação de cura se fortalece²⁶.

Vários elementos pedagógicos são utilizados na capacitação do profissional de saúde a obter competência narrativa, como leitura atenta, escrita reflexiva, escrita criativa, partilhas de reflexão, análise de textos literários, confecção de fichas paralelas e debates entre a medicina com outras áreas das humanidades.

²⁵ ANTUNES, J. A. **A nova medicina**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012. ISBN 9789898424433.

²⁶ *Idem*.

Charon defende que examinar os elementos das narrativas literárias prepara os estudantes e profissionais para leitura disciplinada das caóticas narrativas médicas^{27,28}.

A literatura e a medicina são culturas compartilhadas, e o uso de textos literários promove uma grande visão cultural e criação de novas perspectivas, perante a história narrada que muitas vezes se assemelha à vida²⁹.

Fernando Pessoa, o poeta português já afirmava que a literatura simula a vida³⁰.

Analisando pontos cruciais que dificultam a relação, Charon reconhece quatro fatores que promovem a desconexão do encontro entre o profissional de saúde e o paciente: mortalidade, contexto da doença, causalidade e medo, vergonha e culpa.

A mortalidade que culturalmente é apagada pelo ser humano e é a maior fraqueza de quem adoece. O medo da morte permeia as emoções. O médico tem uma visão diferenciada da finitude, em razão de seu treinamento, de seu distanciamento defensivo e de seu enfoque na cura.

Os profissionais de saúde enxergam a doença como um acontecimento biológico e que necessita de intervenções, enquanto que os pacientes experimentam a doença dentro da trama de sua vida.

As crenças sobre a causalidade diferem entre os profissionais de saúde e os pacientes, e quando tais ideias são conflitantes, o cuidado pode ser prejudicado.

A culpa, o medo e a vergonha revelam íntimos aspectos pessoais, culpa por atos passados, dificuldade de verbalizam questões pessoais,

²⁷ KALITZKUS, V.; MATTHIESSEN, Peter F. Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. **The Permanent Journal**/ Winter 2009/ Volume 13 No 1, pg 80-86.

²⁸ ZAHARIAS, G. Learning narrative-based medicine skills. **Canadian Family Physician**. Vol 64: march 2018, p. 177-180.

²⁹ *Idem*.

³⁰ PESSOA, F. **The Book of Disquiet**. Edited by Richard Zenith, 2003.

medo de processos ou culpabilizados por desfechos inesperados.

Para Charon, ouvir atentamente e conhecer e explorar os quatro fatores faz parte da compreensão da experiência da doença e o que significa para o paciente. Como recorda Mia Couto, o nosso tempo é um tempo marcado pela falta de escuta³¹.

A medicina narrativa vem para reconectar esta relação através de uma prática baseada na relação e no diálogo e corrigir este abismo, fortalecendo os poderes decisórios necessários para a terapêutica adequada a cada indivíduo.

Para Londres, em seu livro *Sintomas de uma época* este momento tão profícuo que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente é uma relação de humanos para humanos. Porém, como corolário aos progressos técnico-científicos, questiona-se cada vez mais a ausência do humano. Londres reforça que a atividade médica não está nos consultórios, laboratórios ou em aparelhos de última geração, mas naquele espaço invisível onde estão também nossos lares: dentro de cada um de nós³².

Alguns autores como Kleinman, o conceito de narrativa é bem mais amplo, a narrativa é a maneira pela qual o paciente dá forma e voz ao sofrimento. Nos anos 90, vários escritores, entre eles Arthur Frank, têm mostrado como as narrativas não somente expressam o sofrimento, mas valorizam a voz para articular a experiência da doença, diferentemente da representação e concepção pela biomedicina. Para Frank, os pacientes estão feridos não apenas no corpo, mas na voz³³.

Moacyr Seliar, médico sanitário e um dos grandes escritores médicos brasileiros em sua obra *A Paixão transformada*, nos fala que a

³¹ Cf. CHARON, R. *Op. cit.*, 2008; ZAHARIAS, G. *Op. cit.*, 2018; KALITZKUS, V.; MATTHIESSEN, Peter F. *Op. cit.*, 2009.

³² LONDRES, L. R. *Sintomas de uma época*. Editora Bom Texto, 2007.

³³ FRANK, A. *The wounded Storyteller*. Body, Illness, and Ethics. The University of Chicago Press, 1995.

medicina é uma história de vozes³⁴.

A medicina se passa quando acontece o encontro entre o paciente e seu médico, quando as inúmeras vozes que Scliar citou são absorvidas, interpretadas e assimiladas em prol de uma melhor relação médico-paciente onde o respeito, a dignidade, a solidariedade e a responsabilidade são os objetivos maiores do cuidado. Com isso, o profissional de saúde também deve ser capaz de refletir e buscar sua própria identidade e valores, sem julgamentos, desvelados e abertos ao rosto do outro como alteridade, realçando a importância da intersubjetividade deste encontro³⁵.

E quando usamos a ética do encontro proporcionada pela prática da medicina narrativa, mudamos o foco de atenção para o paciente e suas necessidades ao invés de unicamente resolver o problema. Com isso, estimulamos a empatia e a comunicação compassiva, tornando-se uma excelente ferramenta terapêutica e de humanização para o cuidador profissional e para quem sofre, inclusive com redução de resíduos morais e melhores êxitos clínicos.

Boff, em seu livro *Saber cuidar*, nos fala do Cuidado, onde cita a fábula de Higino, demonstrando que o homem nasceu do cuidado. O cuidado é anterior ao homem e o acompanha por toda a vida. Isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo de ser do ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos³⁶.

³⁴ SCLiar, M. **A paixão transformada**. História da medicina na literatura. 2. Edição, 1996.

³⁵ Cf. ALMEIDA, R. D. C. *Op. cit.*, 2015; SCLiar, M. *Op. cit.*, 1996.

³⁶ BOFF, L. **Saber cuidar**. Editora Vozes – 20. Edição, 2014.

PERSPECTIVA DOS FUNCIONAMENTOS: OUTRA LEITURA DE SEUS POSSÍVEIS USOS NA ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE

Maria Gilda Alves de Oliveira

A perspectiva dos funcionamentos é um aporte teórico por meio do qual a filósofa brasileira Maria Clara Dias, fundamentalmente, e outros autores, apresentam seus argumentos acerca da moralidade, redefinindo o escopo de objetos de nossa consideração moral. Nossos autores têm como referência o fato de muitos indivíduos, animados ou não, encontrarem-se fora dessa consideração. Isto se dá em função dos critérios que servem de fundamento para nossas mais correntes teorias morais serem, via de regra, limitadores do rol de concernidos, ou seja, dos objetos da moralidade. Com base na pretensão de universalidade própria dos discursos morais, os autores consideram a necessidade de incluir naquele rol um amplo número de indivíduos indicando que o atributo que identifica um objeto de consideração moral são os “funcionamentos básicos de cada sistema funcional existente”¹. Estes funcionamentos, mais do que a racionalidade, ou ainda a sciência, ampliam enormemente o escopo acima referido, fazendo da perspectiva dos funcionamentos uma teoria moral mais inclusiva.

Os funcionamentos são uma espécie de papéis, atributos segundo os quais os indivíduos – animados ou não – são identificados. Eles podem se organizar em sistemas funcionais, formando um conjunto de processos com níveis diversos de complexidade. Então, objetos, animais não humanos e humanos são entidades que, ao realizarem funções específicas,

¹ DIAS, M. C. Em defesa de um ponto de vista moral mais inclusivo. In Dias, M. C. **A perspectiva dos funcionamentos**: por uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Pirlampo, 2015. p 26.

se identificam de maneira singular, não reprodutível².

De acordo com esta perspectiva os seres humanos constituem sistemas funcionais complexos. Isto significa que eles “se constituem a partir de uma rede de processos que envolve a performance de distintas funções”³. Dada a dinâmica da realização da vida humana, constantemente às voltas com as demandas do seu entorno, o fazer a si mesmo exige do humano uma flexibilidade. Em resposta a estas demandas o humano aciona, e mesmo cria, funções primordiais para o seu bem viver, segundo as quais ele se molda e se transforma de modo permanente. Nesse sentido, podemos dizer que os funcionamentos humanos são, ao menos em parte, socialmente condicionados.

Desta compreensão deriva que humano não pode ser limitado a um conjunto de características capazes de definir para ele uma natureza cuja realização seja a mesma em qualquer tempo e lugar. Se há um permanente para o humano este é constituído por sua fluidez, tudo o mais é referido a um contexto do qual emergem a identidade do indivíduo e o que ele entende e postula, circunstancialmente, como vida boa. Como uma segunda derivação, faz-se mister a consideração moral sobre o florescimento desta identidade e da vida que ela compreende como boa. Esta consideração, porém, é tributária de um processo investigativo – uma cartografia? –, e diríamos que, entre humanos, este processo é também comunicacional, sendo por meio dele que se sabe do outro, de seus funcionamentos básicos e se constrói com ele ou se lhe impede o florescimento destes funcionamentos. Nesse sentido podemos entender que os funcionamentos, ou pelo ao menos alguns deles, constituem-se por meio de uma rede de intersubjetividades na qual são reconhecidos e adquirem valor.

² *Idem*.

³ *Ibid.*, p 75.

Em um processo de extensão da teoria dos funcionamentos, alguns autores têm realizado um esforço no sentido de sua apreciação em campos atravessados pela moral. Buscando assim fazê-lo, Riberio e Dias⁴ nos apresentam a aplicação na esfera da saúde de uma perspectiva de justiça ancorada nos funcionamentos.

Segundo estes autores para a realização da justiça em saúde é necessária uma mudança na concepção do processo de saúde-doença, entendida essa concepção como norteadora dos processos de cuidado a serem considerados como justos ou não. Os autores identificam duas concepções segundo as quais se organizam os modelos explicativos dos processos saúde-doença.

A primeira dessas concepções subjaz à Teoria Bioestatística da Saúde, negada por Ribeiro e Dias uma vez que nesta teoria a saúde e a doença são consideradas em termos objetivos, não relacionadas a valores. E por desconsiderar que sendo, em parte, os funcionamentos biológicos determinados socialmente, a referida teoria desconsidera também “a habilidade do corpo de alterar seus funcionamentos para se adequar a mudanças no ambiente”⁵.

A segunda concepção é assumida pelos autores na medida em que se identifica com a perspectiva dos funcionamentos. Trata-se da teoria de Canguilhem acerca do normal e do patológico, segundo a qual a vida é uma polaridade dinâmica, devendo essa dinamicidade ao fato da vida não ser indiferente às condições que lhe torna possível. O normal e o patológico são determinados, então, a partir da atividade reguladora do indivíduo, constituindo-se em estados autodefinidos.

A partir dessa perspectiva, Ribeiro e Dias definem “a saúde como

⁴ RIBEIRO, CD; DIAS, MC. Saúde e doença à luz da Perspectiva dos Funcionamentos. IN Dias, MC. **A perspectiva dos funcionamentos**: por uma abordagem moral mais inclusiva. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015. p 85-102.

⁵ *Ibid.*, p. 87.

capacidade normativa que opera através de um conjunto de funcionamentos básicos”⁶, argumentando que um modelo explicativo do processo saúde-doença “deve ser capaz de contemplar as condições para o exercício dos funcionamentos básicos, as interações entre esses funcionamentos e as diferenças na distribuição destas condições entre os grupos sociais e indivíduos no interior da sociedade”⁷. Assim, no campo da saúde, os autores situam socialmente a experiência dos sistemas funcionais.

Com base, então, neste arcabouço, no presente texto pretendemos ampliar a aproximação entre a perspectiva dos funcionamentos e o campo da saúde apresentando as conexões entre esta perspectiva e outras propostas relativas ao cuidado em saúde.

Nos marcos da abordagem em questão, sendo os seres humanos seres funcionais, seus projetos de uma vida boa, são referidos às possibilidades e aos constrangimentos de seus funcionamentos básicos. Como alguns desses funcionamentos referem-se à saúde, os projetos de uma vida boa encontram-se, em certa medida, relacionados a esta capacidade normativa própria dos seres humanos. Nos contextos de produção de cuidado isto implica na necessidade de as ações de saúde terem como referência primeira essa normatividade e como seu horizonte aqueles projetos.

Significa dizer que, de fato não há produção de saúde se não se considera a lógica subjetiva capaz de esclarecer as normatividades e apresentar os referidos projetos. De outro modo, embora a saúde e a doença sejam coisas técnicas, com as quais os profissionais de saúde lidam por meio de um conhecimento sistematizado e práticas instituídas, ou seja,

⁶ *Ibid.*, p.93.

⁷ *Ibid.*, p. 92.

por meio da lógica sanitária⁸, elas – a saúde e a doença – guardam também uma dimensão subjetiva sem observação da qual o cuidado de fato não se produz.

Então, a partir da perspectiva dos funcionamentos coloca-se, como condição necessária para o cuidado, uma relação dialógica, na qual o sujeito/sistema funcional desvenda aspectos de sua funcionalidade, ao mesmo tempo em que acessa os elementos da lógica sanitária capazes de lhe auxiliar na produção de saúde, elementos esses que ganham em solidez na medida mesma da abertura do diálogo que se coloca entre as partes.

Assim, essa pré-rogativa dos sujeitos/sistemas funcionais no âmbito da perspectiva dos funcionamentos a aproxima de algumas propostas que visam construir o cuidado em saúde em bases distintas daquela hegemônica até então, ancorada na atuação médico-sanitária e orientada pela doença como fato biológico. Uma dessas propostas refere-se à promoção de saúde nos termos em que Fernando e Ana Maria Lefevre⁹ a propõem.

A promoção da saúde tem uma história de pouco mais de 30 anos, cujos marcos iniciais são o Informe Lalonde e a Carta de Ottawa¹⁰, de 1986. Por ocasião desta última foram definidos os campos de ação da promoção entendida, então, como uma política. Essa história longa, contudo, é feita também de controvérsias em torno das concepções de promoção da saúde.¹¹

⁸ LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde, ou, a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. 166p.

⁹ *Idem.*

¹⁰ Carta de Ottawa. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

¹¹Via de regra identificam-se duas concepções de promoção da saúde

Concepção 1 - “(...) a promoção da saúde se restringe às atividades direcionadas para a transformação dos comportamentos dos indivíduos e seus estilos de vida, concentrando-se primariamente em programas direcionados para riscos que estariam, ainda que parcialmente, sob controle dos próprios indivíduos (...)” (Buss *apud* Freitas, 2003, p. 149).

Concepção 2 - “(...) à promoção não caberia apenas possibilitar o desenvolvimento de

Em meio a essas controvérsias destacamos a elaboração, a nosso ver, mais radical deste paradigma, realizada pelos Lefevre. Os autores defendem que a verdadeira promoção de saúde opera um deslocamento de objeto em relação ao modelo biomédico. Enquanto neste último o objeto das intervenções é o doente, segundo nosso autor o objeto da promoção é a doença em uma perspectiva relacional. Nesta perspectiva o eixo da atuação do setor saúde encontra-se “*nas relações entre os corpos/ mentes doentes (ou tidos como tais) e a sociedade, que precisam ser entendidas ou decifradas para, a partir daí, constituírem objeto de intervenções transformadoras*”¹².

Nesses termos, a doença é, então, um desafio cognitivo e prático⁶ cujo enfrentamento constitui-se a partir de

uma **diagnose** (Cardoso Melo, s/d), ou seja de um conhecimento a dois, que possa dar lugar a uma pedagogia dialógica de inspiração freiriana, que coloque frente a frente, em oposição dialética, a lógica sanitária e a lógica da população, para que uma possa aprender da outra e para que dessa aprendizagem recíproca cresça e se desenvolva o estado (subjetivo) de saúde da população brasileira.¹³

Parece-nos, pois, que este seria o caminho para a perspectiva dos funcionamentos lidar com a produção do cuidado, posto que rejeita a doença como uma questão relativa à normalidade morfofuncional, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de uma orientação do cuidado com base em aspectos sociais.

A perspectiva em foco aproximar-se-ia, igualmente da proposta de

habilidades individuais e comunitárias, mas também a intervenção ambiental através de um amplo conjunto de meios políticos, legislativos, fiscais e administrativos, os quais deveriam ser mais integrados e intersetoriais (...)” (Stachtchenko *et al. apud* Freitas, *op. cit.* p.149).

FREITAS, C. M. de. A vigilância da saúde para promoção da saúde. In CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

¹² LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Op. cit.*, 2004, p. 47. (grifos do autor).

¹³ *Ibid.*, p. 56. (grifos do autor).

Ayres¹⁴ acerca do Cuidado. Da mesma forma que os funcionamentos vinculados à saúde vinculam-se também à vida boa, fazendo do compromisso técnico do setor com a produção de saúde também um compromisso moral, Ayres propõe que no horizonte normativo das práticas de saúde se inclua a felicidade. Em seus termos, “o encontro terapêutico deve abrir a possibilidade de colocar o sentido instrumental das técnicas, isto é, o *êxito técnico* das ações de saúde a serviço dos projetos de felicidade daqueles que demandam atenção, para que o encontro resulte em um *sucesso prático*”¹⁵.

Esta proposta, nos parece, subjaz à estratégia da redução de danos e ao dispositivo do projeto terapêutico singular, ambos com fortes referências no campo da saúde mental no que este se refere à atenção ao uso de drogas¹⁶.

De acordo com Oliveira, as primeiras experiências brasileiras de projeto terapêutico singular como um dispositivo de atenção em saúde estão relacionadas ao movimento antimanicomial da cidade de Santos, nos anos 90. Nesta experiência as antigas práticas terapêuticas foram problematizadas e seu sentido revisto. “O objetivo assumido pelas intervenções deslocou-se da ‘cura como norma ideal’ para a emancipação, a reprodução social das pessoas, outros diriam o processo de singularização e re-singularização”¹⁷.

¹⁴ AYRES, J. R. C. M. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (organizadores). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 127-46.

¹⁵ *Ibid.*, 2007, p. 132. (grifos do autor).

¹⁶ Na saúde mental, relativamente à atenção ao uso de drogas encontramos projetos que disputam a dominância teórica e prática. Estes projetos encontram-se representados pelas propostas da clínica psiquiátrica, com internação, às vezes até compulsória, a proposta das comunidades terapêuticas e a proposta da atenção psicossocial, com utilização da estratégia da redução de danos.

¹⁷ OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (organizadores). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. pp. 283-97 – p. 284.

A partir da perspectiva aqui considerada, já que a razão de ser do projeto terapêutico singular é a singularidade, diríamos que se trata de um dispositivo utilizado em direção ao florescimento de determinados funcionamentos, embotados no indivíduo doente ou tido como tal. A singularidade, segundo Aranha e Silva & Fonseca¹⁸ citados por Oliveira¹⁹ é “o *locus* onde, em função de um sujeito ou coletivo singular é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde” e, acrescentaríamos, viabilizar projetos de felicidade.

Ao enfatizar a fala do sujeito na definição de seus funcionamentos básicos a perspectiva dos funcionamentos possibilita a produção de físsuras nos termos em que comumente encontram-se estabelecidas as relações de poder entre usuários e profissionais de saúde, redefinindo-se os termos dessas relações. Sendo o indivíduo a primeira e a última referência para o conhecimento e a compreensão de seus funcionamentos básicos, sua participação como sujeito nos processos de atenção e produção de cuidados de saúde torna-se condição *sine qua non*. É o que acontece nos contextos de elaboração do projeto terapêutico singular, chamados por Oliveira de coprodução da problematização, coprodução do projeto e cogestão/avaliação do processo. Na coprodução da problematização, especificamente, a delimitação de problemas de saúde – “o caso clínico” - a partir de uma *expertise* é transformada em um momento de acesso às singularidades em questão. E segundo Oliveira²⁰,

o avanço ou a melhora da situação problemática está relacionada à capacidade dos atores envolvidos de evitar a tendência a surgimento de ações estereotipadas que emirjam de uma padronização de aspecto transcendente e geral que dita os modos de compreender e legitimar os

¹⁸ ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de Trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-am Enfermagem**, vol13, nº3, p.441-9, mai-jun.2005.

¹⁹ OLIVEIRA, G. N. *Op. cit.*, 2008, p. 285.

²⁰ *Ibid.*, 2008, p. 290.

“problemas de saúde”, tornando redundante e desnecessária a discussão de problemas e objetivos singularizados.

E considerando o fato dos seres humanos serem sistemas funcionais complexos, a atenção às suas questões de saúde implica também a complexidade da gestão dessa atenção com o acionamento de estratégias capazes de responder àquela primeira complexidade. É o caso da estratégia de redução de danos, que pode ser assumida em determinados projetos terapêuticos.

Enquanto tema de saúde a abordagem acerca do uso de drogas, que data do século passado, se ancorou em um modelo médico que explica e lida com esse fenômeno a partir da ação das drogas no sistema nervoso central. O uso de drogas é, neste modelo, inicialmente definido como adicção e depois como dependência, em ambos os casos uma doença cujo tratamento prescrito é confinamento e abstinência²¹, o que demonstra a articulação entre poder psiquiátrico e direito penal²². A abstinência pode ser uma direção clínica, no entanto, até ser confrontada pela redução de danos, ela é o paradigma, que submete as singularidades dos usuários de drogas a um poder que violenta por meio da equalização terapêutica.

Segundo Siqueira²³ programas de redução de danos têm um histórico que data dos anos 20 e 30 na Europa, com ênfase nos anos 70, na Holanda. No Brasil, o marco são as experiências do final dos anos 80, em Santos, quando foi implantado um programa de troca de seringas

²¹ CRUZ, M. S. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In ACSELRAD, G. **Avessos do prazer**: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 233-244.

²² PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. In **Psicologia e Sociedade**, 23 (1), 2011. p. 154-62.

²³ (En)Cena: A saúde mental em movimento. A política de redução de danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem. Entrevista publicada em: 23 jan 2013. Disponível em [HTTP://ulbra-to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem](http://ulbra-to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem).

como estratégia para a diminuição dos casos de infecção por HIV entre usuários de drogas injetáveis na referida cidade. Essa experiência pioneira foi a grande referência para que em 2003 a redução de danos se expandisse do Programa Nacional de DST/AIDS para a Política Nacional de Atenção ao Uso de álcool e outras Drogas e para a saúde mental²⁴.

A redução de danos constitui não apenas uma técnica, mas um paradigma ético-político que se ancora no princípio da qualidade de vida e nos valores da confiança e da empatia²⁵, podendo ser utilizada em diversas situações. No caso do uso de drogas, a redução de danos implica em uma construção conjunta entre usuários e profissionais de saúde de caminhos que melhorem a vida daqueles sem que isso implique parar com o uso de drogas necessariamente. O projeto que se apresenta é de viver bem, com ou sem este uso, de modo que, nas situações em que o uso de droga seja reconhecido como algo importante para determinados funcionamentos de determinados indivíduos, a qualidade de vida desses indivíduos seja mantida mediante medidas que minimizem ou eliminem aquilo que eles reconhecem como malefícios associados ao seu uso de drogas.

A eficácia da redução de danos depende do reconhecimento de que cada usuário é um sistema funcional singular tanto no que diz respeito às diversas maneiras de se relacionar com as drogas em diversos momentos de suas vidas como em relação às diversas escolhas que cada usuário pode fazer relativamente ao uso de drogas e suas condições de saúde.

À guisa de conclusão temos, então, que a perspectiva dos funcionamentos dialoga com os movimentos que se realizam no setor

²⁴ PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. *Op. cit.*, 2011.

²⁵ Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Guia de saúde mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. 45p.

saúde no sentido de uma abordagem em saúde menos prescritiva. Centrada no indivíduo esta perspectiva se aproxima igualmente daquelas abordagens para as quais os desejos e projetos dos sujeitos constituem referências primordiais para a produção do cuidado. Expor aqui algumas dessas abordagens e seus pontos de contato com a perspectiva dos funcionamentos foi o objeto desse trabalho.

AUTONOMIA. REFLEXÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

João Andrade Sales

As internações hospitalares acarretam mudanças no cotidiano do enfermo e proporcionam algum grau de vulnerabilidade. Estar sob vulneração é um apanágio do internamento. Alguma perda ou mesmo totalmente da capacidade de gerir o próprio destino é certamente um imbróglío em nossas existências. Somente tomamos consciência plena da existência quando nos percebemos finitos e sob a imprevisibilidade do destino. O objeto deste capítulo tratará da autonomia nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), embora possamos extrapolar aquele princípio para as internações em qualquer setor nosocomial.

As UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) são o local destinado à internação de pacientes que requerem vigilância especializada, materiais e equipamentos específicos, profissionais especializados, monitorização contínua¹. Desde o surgimento destas unidades na década de 1950², a incorporação tecnológica foi crescente. Uma medicina cada vez mais intervencionista fez aumentar a demanda por leitos de cuidados intensivos. As UTIs contemporâneas possuem recursos tecnológicos de suporte a vida inimagináveis até poucas décadas atrás. O uso correto de todo este maquinário e medicações tem proporcionado o salvamento de muitas vidas. A questão, muitas vezes demasiado complexa, é estabelecer o limite em cada caso singular do que seria o melhor para determinado paciente e em cada fase da evolução da doença. A mudança do quadro clínico pode requerer um redimensionamento do planejamento

¹ AMIB. Regulamento técnico para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – AMIB. Disponível em <www.amib.com.br>. Acesso em: 10 jun. 2017.

² BERTHELSEN, P. G.; CRONQVIST, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand* 203, v. 47: p. 1190-1195.

terapêutico e reavaliação permanente do que pode ser o melhor para o padecente. É esperado que estejamos agindo sempre no melhor interesse do mesmo. Todavia, com todo esse arsenal terapêutico temos observado que muitas vezes o intensivista pode se perder na ponderação entre benefício e malefício. De fato, não é simples acompanhar esse ponto de equilíbrio a todo o momento. O que seria melhor em determinada situação? Não submeter a determinados procedimentos invasivos? Determinar o limite entre o dano e o não-dano, beneficência e não-maleficência? Respeitar ao máximo a autonomia do paciente? E, como objeto deste capítulo, o que poderíamos compreender o que seria o "melhor" para o paciente na perspectiva do respeito à autonomia?

A crescente incidência de relatos de distanásia e futilidade terapêutica nos desafia nesta questão. A primeira, no entendimento do prolongamento desnecessário do sofrimento. A outra, a inserção ou manutenção de tratamentos que sabidamente não trarão benefícios para o enfermo. Ainda naquela pergunta de oferecermos o melhor em todos os casos, permitir uma morte digna pode ser uma das respostas. Há muito estamos nos questionando nos embates técnicos sofisticados das reuniões multidisciplinares, qual seria o limite de violação da dignidade; e se de fato estaríamos agindo eticamente. O caso a seguir nos ajudará nas reflexões doravante. A situação é real de nossa assistência, todavia com alguns dados alterados para preservação da privacidade.

RELATO DE CASO

A sra. L.N., 82 anos, recebeu um diagnóstico em março de 2014: um tumor maligno no pâncreas com metástases hepáticas. Como havia uma obstrução nas vias biliares, a equipe médica indicou um procedimento cirúrgico com a intenção de melhorar a qualidade de vida e proporcionar um aumento da sobrevida. Lúcida, chegou em casa, olhava os velhos móveis e as fotos amareladas de família. Relembrou as palavras do médico e ponderou com um dos filhos: *"não quero fazer cirurgia. Minha vida foi boa."*

Não desejo intervenções em meu corpo e em meu destino". Todavia, nos dias subsequentes, a icterícia aumentou substancialmente. Convencida a fazer um procedimento cirúrgico para alívio de tal obstrução, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sem muita força para argumentar em contrário. A cirurgia complicou no terceiro dia de pós-operatório com uma infecção grave. Seguiram-se mais duas cirurgias [para tratamento das complicações da primeira cirurgia] em 20 dias na UTI. Sob sedação profunda, suporte artificial por múltiplos aparelhos, a sra. L.N. veio a falecer.

Do ponto de vista etimológico, a palavra autonomia deriva do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei). Referida inicialmente com conotação política, a autogestão das cidades-estados gregas, passou a estender-se aos indivíduos, sua liberdade individual, capacidade de escolha³. Podemos nos referir a uma capacidade de agir conforme suas escolhas e desejos. Se nos referirmos a um ser livre para tal ação, está subtendida uma sociedade que permite a liberdade individual. A permissão deve ser entendida além de uma compreensão jurídica, mas um exercício coletivo de empatia e compaixão; esta última em especial nos pacientes confinados em UTIs, com suas vidas ameaçadas pelo adoecimento. E, de fato, dada sua importância na perspectiva do indivíduo, fala-se usualmente em respeito à autonomia. As violações de tal privacidade foram tantas que contribuíram fortemente para a ampliação e legitimação do conceito na ética aplicada³. A realização do respeito à autonomia ocorre como um fenômeno em forte crescimento desde sobretudo a década de 1940. É anterior ao surgimento formal da bioética. No campo da saúde o Código de Nuremberg de 1947 é um dos marcos iniciais da saída do paternalismo médico e uma tentativa de resposta aos abusos ocorridos no período da Segunda Grande Guerra Mundial. O primeiro item do chamado Decálogo de Nuremberg cita:

³ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que as pessoas que serão submetidas ao experimento devem ser legalmente capazes de dar consentimento; essas pessoas devem exercer o livre direito de escolha sem qualquer intervenção de elementos de força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição posterior; devem ter conhecimento suficiente do assunto em estudo para tomar uma decisão (...)⁴.

Embora ainda ligado exclusivamente aos sujeitos em pesquisa, um caminho estava formalmente aberto para o respeito à dignidade. O Relatório Belmont (elaborado pela comissão denominada "National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research", criada em 1974) foi promulgado em 1978, numa reação institucional aos escândalos causados pelos experimentos da medicina que persistiam desde o início da 2ª Guerra Mundial. Este documento apresenta os princípios éticos, considerados básicos, que deveriam nortear a pesquisa biomédica com seres humanos e o princípio do respeito às pessoas é muito enfatizado. O respeito à autonomia e a proteção dos indivíduos com limitação de decisão autônoma representam incorporações éticas importantes⁴.

Em nosso país, a ética deontológica vem contribuindo desde a década de 1980 para a reflexão na delimitação moral na relação médico-paciente. O artigo 31 do Código de Ética Médica fala sobre a autonomia: “É vedado ao médico: desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”⁵. Em relação às pesquisas médicas, o artigo 101 também veda ao médico: “Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de

⁴ PESSINI, L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Rev. Bioét*, v. 4, n. 1, 2009. pp. 1-11.

⁵ CFM, Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Publicado em 2010. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br>>. Acesso: 23 jul. 2017.

consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa”.

Poderíamos inferir o paternalismo como a interferência do profissional de saúde sobre a vontade da pessoa, esperando de tal ação uma perspectiva benéfica ou, no mínimo, não maléfica. De fato, a origem hipocrática tem reflexos até a contemporaneidade. Hipócrates [460 a.c.] sempre buscou explicações mais racionais e científicas para os males da saúde humana. O juramento clássico atribuído ao mesmo tinha uma linha ética benéfica e não maléfica:

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu saber e a minha razão, e nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja. A ninguém darei, para agradar, remédio mortal nem conselho que o induza à destruição⁶.

Ao médico caberia o saber pleno e o melhor julgamento da conduta em cada caso, não concedendo lugar à autonomia da pessoa que tratava. O paternalismo era colocado como necessário. Na contemporaneidade, tal posicionamento na relação médico-paciente, não se legitima mais. Em verdade, o empoderamento do paciente com comunicação adequada, informações compreensíveis, compartilhamento de valores, aumentará as chances de uma escolha o mais razoável possível. O princípio do respeito à autonomia vem se contrapor ao paternalismo referido⁷. Obviamente, o cenário cotidiano no trato com pacientes graves em UTI tem nos mostrado que nem sempre esta relação é adequadamente

⁶ PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas Atuais de Bioética**. 8. ed. Revista e ampli. São Paulo: Loyola, 2007.

⁷ CFM, Conselho Federal de Medicina. **Diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes** (testamento vital). Resolução do CFM no 1.995/2012. Brasília: D.O.U. de 31 de agosto de 2012, seção I: p. 269-270. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br>>. Acesso 10 dez. 2016.

equilibrada. E frequentemente a capacidade cognitiva está comprometida pelo próprio confinamento, pelo uso de medicações, pela doença em si. Eventualmente há pacientes portadores de déficits cognitivos anteriores a internação, e há que se considerar outras questões como fatores socioculturais, como baixa escolaridade ou analfabetismo.

Nos parece legítimo que alguns pacientes percebam uma vida que perde sentido progressivamente com a perda funcional e cognitiva; que possam desejar não serem submetidos a procedimentos obstinados. O quanto estamos preparados para respeitar estes desejos dos padecentes? Pode ser legítimo o desejo de morrer? O quanto podemos determinar nosso caminho no final de vida? O quanto o desejo de aceitar a evolução natural para a morte (que pertence à condição humana) poderá ser respeitado em uma medicina afeita a evitar a morte a qualquer custo? E se não pudermos mais expressar nossos desejos? A sra. L.N. estava já muito enfraquecida, tomada pela fadiga da doença avançada. Realizada por uma vida onde teve seu plano existencial concretizado. Evidente, neste projeto de vida, não podemos excluir o processo de morrer e o finamento em si. A sociedade lembrou a esta senhora o quanto lidamos mal com a finitude; o quanto desrespeitamos a vida, comprometendo a dignidade, o princípio da qualidade da vida. O quanto muitas vezes usamos mal a biotecnociência. O quanto a medicina foge do que seria seu objetivo essencial: o cuidado pleno. Juridicamente o Estado oferece proteção à dignidade da pessoa humana. Está nos princípios fundamentais da constituição de 1988. É evidente que assegurar o que poderíamos entender por dignidade nas UTIs exige um esforço contínuo de reconhecimento da singularidade do enfermo, seus valores, sua percepção do que é melhor para o seu plano de vida.

O que poderia empoderar os indivíduos frente ao uso abusivo de procedimentos de prolongamento artificial de vida em UTIs? O desejo

expresso em Diretivas Antecipadas de Vontade podem ser um exemplo tangível neste cenário de manipulação ilimitada dos corpos^{7,8}. Em importante pesquisa com médicos italianos, menos de 50% manifestaram que poderiam ter um papel importante na ajuda aos pacientes nas decisões relativas ao fim de vida⁹. Ora, então que decida o autor da própria vida! E que dentro de parâmetros coerentes, incluindo a capacidade de julgamento do mesmo, seja esse um importante caminho para o respeito à autonomia do paciente. Embora prolonguemos artificialmente a vida de nossos pacientes, inúmeras pesquisas apontam claramente que nem os profissionais de saúde¹⁰, nem a maior parte da população desejaria uma vida sem um mínimo de dignidade¹¹, ancorada em interminável sofrimento. O que seria uma existência digna? Qual de nós gostaria de ter sua existência artificialmente prolongada, na vigência de doença incurável, acometido de intenso sofrimento, num vácuo criado pela sofisticação tecnológica dissociada de uma lógica da qualidade do morrer?

O que querem os pacientes? O que mais os tormenta? Quando vemos, por exemplo, a questão do suicídio-assistido, se nos reportarmos ao Estado de Oregon, desde a autorização legal desta prática em 1997, foram registrados 673 casos de 1998 a 2012¹². Dentre as justificativas mais frequentes para “o desejo de morrer” foram: perda da autonomia (91%), incapacidade de participar de atividades cotidianas (92%) e perda da dignidade (80%). Fica evidente pelo dado da perda de autonomia neste

⁸ BRADLEY, C. T. *et al.* Physician attitudes regarding advance directives for high-risk surgical patients: a qualitative analysis. **Surgery**, v. 148, n. 2, p. 209-216.

⁹ OLARINO, B. *et al.* A national survey of Italian physicians attitudes towards end-of-life decisions following the death of Eluana Englaro. **Intensive care Med**, v. 37, 2011. p. :542-549.

¹⁰ PRUNG, C. L. *et al.* End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. **JAMA**. V. 290, 2003. p. 790-797.

¹¹ MORITZ, R. D. Sobre a Morte e o Morrer. **RBTI** 2005; 17:5.

¹² OREGON, 2012. Disponível em:

<<https://public.health.oregon.gov/DeathwithDignityAct/>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

estudo a importância da percepção da legitimação da vida, contemplada na singularidade do indivíduo.

Não sendo mais possível tal significação, dentro da perspectiva do indivíduo, a morte pode ser uma opção legítima. O indivíduo exerce sua liberdade de escolha. Empoderado de sua razão e vontade, ele é o agente moral. Maria Clara Dias^{13,14} reflete o conceito de pessoa nesta deliberação: “essa capacidade de eleger seus próprios fins, de constituir um projeto de vida, de se autodeterminar é, por conseguinte, o que nos possibilita identificar uma pessoa”.

Se voltarmos o olhar para os pacientes confinados nos cubículos das UTIs, podemos inferir um risco real para a potencialização da autonomia. Essa relação médico-paciente que sempre tendeu a assimetria, tem a potencialização desse risco nas UTIs. De fato, temos presenciado um número crescente de pacientes com autonomia bastante comprometida ou ausente, como nos casos de coma, neoplasias malignas terminais, doenças neurológicas degenerativas, disfunção orgânica múltipla em pacientes portadores de quadros demenciais, dentre outras situações correlatas. No Brasil, estas situações estão cada vez mais presentes nas UTIs¹¹. Nos EUA e em muitos outros países a limitação terapêutica é eticamente e legalmente aceita sob o pressuposto do respeito à autonomia. Nas UTIs estadunidenses, e em todo o mundo, temos um cenário singular no objeto deste tópico: chega-se a relatos de autonomia comprometida em até 95% dos pacientes internados, seja pela própria doença e/ou pelo tratamento necessário como sedativos e outras medicações que podem comprometer a consciência e capacidade de

¹³ Dias, M. C. Sobre Nós. **Expandindo as fronteiras da moralidade**. Rio de Janeiro: Ed. Pirlampo. 2016.

¹⁴ DIAS, M. C. **Justiça social e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Ed. Pirlampo. 2015, p. 174.

juízo¹⁵. Em nosso país, com tantas assimetrias sociais, incluso o acesso ao sistema de saúde, vemos nas UTIs essa vulneração atualizada pelo adoecimento e uso mal refletido da tecnologia.

O respeito à autonomia precisa estar num exercício de empatia, de tolerância, de respeito à pluralidade de valores e crenças, pelo menos em uma sociedade laica, democrática e pluralista. Quando enfatizamos o indivíduo, não estamos excluindo os demais e a possibilidade de dano a terceiros. Não excluimos a questão utilitarista. Mas acreditamos que na singularidade do processo de morrer em UTIs, a possibilidade de dano é significativamente maior para o protagonista. Não vamos excluir da possibilidade de dano à própria equipe de saúde. É evidente que pode haver objeção de consciência e necessidade de se delegar a tomada de decisões. Nessas situações-limite, o elevado índice de esgotamento físico e emocional dos profissionais de saúde, expresso na elevada incidência da síndrome de *burnout*. Vemos que o respeito à autonomia está sob risco por questões amplas e complexas.

Voltando ao paciente das UTIs, vimos que a autonomia está comprometida frequentemente. Como assegurar que seu plano de vida será respeitado? Temos uma complexa questão ética imposta. O próprio confinamento nestas unidades já pode alterar a capacidade do exercício da autonomia. A doença que o levou até este cenário, medicações utilizadas, enfim, ameaças à sua liberdade, integridade, percepção como “pessoa”. Nestas unidades é crescente o número de pacientes que evoluem com cronificação de suas disfunções orgânicas. O avanço no conhecimento na medicina intensiva tem proporcionado a recuperação da maioria dos pacientes. No entanto, uma parcela menor, mas altamente expressiva, com

¹⁵ Truog, R. D. *et al.* Recommendations for end-of-life in intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Crit Care Med**, v. 36, n. 3, 2008. p. 953-63.

elevado impacto social e econômico, evolui com sequelas importantes e, em muitos desses casos, com diagnóstico de terminalidade¹⁶. E como assegurar que o melhor está sendo feito e dentro dos desejos manifestos do paciente?

Temos um campo de desafio à razão e à prudência. E, como já vimos, não é raro que caberá a terceiros a decisão mais acertada. Não é simples fazer prevalecer os princípios da beneficência e da não maleficência. Lembremo-nos da sra. L.N.: “não tinha mais energia para argumentar. Sua assinatura estava trêmula no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”. A ação persuasiva pode estar a propósito de ajudar o enfermo na compreensão do melhor caminho a tomar e que seja eticamente aceitável, ao contrário de ação coercitiva. Quando nos atemos à ética deontológica, vemos sua importância, mas, também, sua insuficiência. Já nos referimos no início deste tópico a pelo menos dois artigos do Código de Ética Médica. Vale ressaltar que a equipe que atendeu a senhora em questão não teve a intenção de causar dano. O que, de fato, é importante no principialismo é a ponderação entre os princípios, sem hierarquiza-los. E, frequentemente, é necessário um exercício reflexivo com toda a equipe e o paciente e familiares. O limite entre a intenção beneficente e o dano podem estar sob tensão, sobretudo quando possamos não perceber a legitimidade da autonomia em sua plenitude.

Os deveres precisam se legitimar numa moralidade que sabemos ter a dificuldade de legitimação na prática. O paciente que autoriza um determinado procedimento ou intervenção, é de fato capaz de fazer tal escolha? Colocamos, de forma clara, todas as cartas na mesa? Não há dúvida que o TCLE e as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são

¹⁶ SALES JUNIOR, J. A. L.; DAVID, C. M.; SOUZA, P. C. S. P. Sepses Brasil: Estudo Epidemiológico da Sepses em Unidades de Terapia Intensiva Brasileiras. RBTI - **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 18, n. 1, 2006.

instrumentos que podem empoderar a melhor decisão. Lembramos que as DAV já estão previstas na resolução n 1.995/2012 do CFM. Assim está referido na mesma:

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo; RESOLVE: Art. 1º “Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”¹⁷.

Entendendo que há um receio compreensível por parte dos profissionais de saúde quanto aos limites de investimento e amparo ético e legal, colocamos a seguir um posicionamento do Código de Ética Médica e, em seguida, o posicionamento do Papa João Paulo II.

No novo CEM, no Brasil, no capítulo I, inciso XXII, há um posicionamento neste ponto:

“Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”⁵.

João Paulo II, na “Declaração sobre a Eutanásia”, posiciona a Igreja Católica quanto aos cuidados em enfermos:

“Aqueles que exercem profissões destinadas a cuidar da saúde pública, nada hão-de negligenciar para colocar ao serviço dos doentes e dos moribundos toda a sua competência; mas lembrem-se de lhes prestar também o conforto muito mais necessário de uma bondade imensa e de uma ardente caridade. Um tal serviço aos homens é também um serviço prestado a Cristo Senhor¹⁷.”

¹⁷ Vaticano. Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, *Declaração sobre a Eutanásia*, 5 de

E foi exatamente o caso ocorrido com João Paulo II, quando em estado avançado de sua enfermidade, algumas internações, solicitou que permanecesse em seus aposentos no Palácio Apostólico, em Roma, a fim de passar seus últimos dias. E assim ocorreu, sem obstinações terapêuticas, respeitando a autonomia¹⁸.

PROPOSTA PARA EXERCÍCIO NAS DISCUSSÕES DE CASO:

1. Discussão sobre o caso: os fatos, os valores, os deveres;
2. Exercício Bioético: O que está indicado tecnicamente é o mais apropriado eticamente? O que é o melhor para um determinado caso singular? O que o paciente manifestara previamente? Ou, caso esteja impossibilitado de decidir, o que pensam os responsáveis legais? Há uma diretiva antecipada de vontade? Pensem no Princípio do Bem como um ponto de partida: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça. Colocar em medidas de suporte artificial será o mais coerente em determinado caso?
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O quanto as decisões estão sendo embasadas em TCLE com amplo respeito à autonomia?
4. Decisões compartilhadas. As decisões precisam envolver a equipe multiprofissional, o paciente, a família.
5. Documentação clara no prontuário de todas as decisões, a ponderação de aspectos técnicos e éticos.

maio 1980. Disponível em: <http://www.vatican.va/roman_curia/congregations>.

¹⁸ OLIVEIRA, M. Z. P. B; BARBAS, S. Autonomia do idoso e distanásia. **Rev. bioét**, 2013;21(2):328-337.

CONSIDERAÇÃO FINAL

Consideramos que a discussão de valores, utilizando a bioética, deva ser uma prática a ser estimulada em nossa sociedade. Devemos incentivar a criação dos Comitês de Bioética em nossos nosocômios. A ética deontológica nos orienta nas atitudes, mas é insuficiente se não agregarmos valores, princípios, singularidades de cada caso. Com efeito, essas UTIs altamente tecnologicadas utilizam corpos de pessoas sem um equilíbrio entre a técnica e a ética. Sem instrumentos que auxiliem a validação dos desejos do paciente, sua biografia será escrita à revelia. E, não raro, vemos graves distorções no último capítulo da vida. Como a sra. L.N., outras centenas ou milhares de pessoas, poderiam ter um fim em acordo com sua biografia. Além da premência do uso adequado dos instrumentos suprarreferidos, temos o desafio imenso de nos atualizarmos sobre o que estamos fazendo na assistência. Certamente uma compreensão mais ampla do sofrimento, o aumento da reflexão por todos os envolvidos, nossa realização da finitude como enaltecimento da vida que vale a pena ser vivida. E o que de fato cada um dos leitores deseja para seu fim de vida? Será possível ter sua autonomia respeitada? Devemos nos ater profundamente na reflexão da autonomia como um respeito à biografia, aos valores singulares. Um exercício empático. Talvez seja um caminho para obtermos um sentido maior para a vida e para o que realmente importa.

O ENSINO DA BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE A PARTIR DOS PRESSUPOSTOS DE PAULO FREIRE.

Josimário Silva

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.
Paulo Freire

Introdução

Com o surgimento da Bioética têm início um novo olhar para os paradigmas do comportamento humano, que nos levou a fronteiras antes não imaginadas. Surge a necessidade do ser humano refletir sob suas responsabilidades com a vida, em todas as suas dimensões e respeitar a pluralidade de pensamentos, crenças e valores. Novas fronteiras na relação humana e planetária surgem.

No campo da Biomedicina, surgem os conflitos de ordem moral nas tomadas de decisões e o modelo tradicional de assistência é contrariado pela a emancipação do paciente. A relação antes paternalista passa a ser deliberativa e possibilita ao vulnerável um maior protagonismo nas decisões referentes à sua saúde.

Os novos problemas éticos advindos das fronteiras alargadas da ciência e da tecnologia médica, fizeram surgir inúmeros questionamentos sobre limites da atuação profissional, direitos dos pacientes, recursos limitados para as novas demandas, direitos de escolha, dentre tantos outros problemas éticos que surgem a cada dia.

É de fundamental importância, nesse cenário, que o processo formativo incorpore metodologias adequadas para formar o sujeito moral, sintonizado nos dilemas e nos conflitos de ordem morais, tão comuns nas relações humanas.

Nesse contexto, o doente deixa de ser visto apenas como uma estrutura orgânica, alterada e desvinculado da sua essência humana, ou seja, os seus valores e sua dignidade.

A mudança

Precisamos propor mudanças na sociedade para que a mesma possa atingir uma condição de maior compressão sobre a importância do respeito às diferenças. Isso ocorre pela educação, pela formação e pelo ensino de valores.

Nesse contexto surge a Bioética, que com sua natureza teleológica, promove o exercício da reflexão nas práticas assistenciais, valorando a dignidade da pessoa humana como o eixo central dessa relação.

O ensino da Bioética deve ser capaz de promover uma formação que possibilite ao aprendiz reconhecer e refletir sobre essas questões complexas, que exigem competências e habilidades intelectivas, para tomar decisões justas de acordo com cada situação vivenciada na sua prática diária.

O Humanismo

Falar sobre a formação médica como observador social e contextualizado em um momento histórico da civilização humana e sob a luz do humanismo, é de extrema importância.

A formação humanística ainda é muito incipiente nas grades curriculares, durante todo o processo formativo, e essa ausência de

fundamentos e estratégias humanísticas vai refletir na relação de assistência ao paciente e também no convívio harmônico e respeitoso com os outros profissionais.

Percebemos na ação humana, por parte do profissional médico, em uma sociedade fluida, que de acordo com Bauman (2009)¹, os valores se pulverizam e são altamente voláteis, tornando um grande desafio para o educador, implantar modelos didático-pedagógicos, que atendam às necessidades da formação do profissional de saúde e que, ao mesmo tempo, desencadeiem no aluno reflexões acerca das responsabilidades em relação ao outro e à sociedade em que vivem.

Ensinar para formar cidadãos conscientes de seu papel como seres humanos, como seres sociais e como profissionais, nos remetem à necessidade de quebrar paradigmas, de encontrar estratégias didáticas para o processo de ensino-aprendizagem, que promovam motivação para os discentes, seu maior interesse e o envolvimento com os temas da disciplina ministrada, neste caso, a Bioética.

O modelo expositivo tradicional, em que o professor fala (ou pretensamente ensina) e o aluno escuta passivamente (ou pretensamente aprende), não pareceu o mais eficaz, especialmente para a disciplina de Bioética, que por essência, requer um ambiente didático-pedagógico, que promova a pró-atividade, a participação, a reflexão e a contextualização do cotidiano médico na realidade dos estudantes e futuros profissionais.

Essa transformação exige do docente uma postura de descentralizar o conhecimento, compartilhando e mediando o ensino de forma construtiva e valorizando os atores envolvidos nesse processo. Essa conduta consegue resgatar e sedimentar valores tão necessários para o processo formativo.

¹ BAUMAN, Z. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

Na sociedade cosmética e fluida, o imediatismo se tornou a moeda de troca para as relações humanas. O grau de exigência por resultados se tornou estéril e regimentar. Estamos o tempo todo buscando resultados. Busca-se o certo a toda hora. E como o próprio modelo formativo da medicina é métrico, cartesiano, ensinamos aos nossos discentes conseguir sempre os bons resultados, que é o modelo da medicina baseado em evidências.

No outro lado, há uma sociedade de direitos, cuja relação paternalista médico/paciente, começa a ser desenhada no escopo da autonomia do paciente. Com isso, surge a judicialização, a medicina defensiva e da indústria do dano. Surge também a medicina protetiva, que é necessária, mas cuja consequência é a perda no foco da medicina humanista, ou seja, a medicina fundada nos pilares hipocráticos e da dignidade humana. A medicina do doente e não da doença. A medicina de meio, e não a medicina de fim.

Diante de tanta tecnologia, o limite do razoável foi amplamente alargado. Ocorreu um aneurisma das possibilidades médicas no âmbito da intervenção humana. As fronteiras entre competências e valores estão ofuscadas e intermediadas pelo consentimento livre e esclarecido, o qual muitas vezes, se materializa em um papel em que há a suposição de ter havido um diálogo para eventual compreensão e posterior autorização.

Na verdade, ensinamos aos nossos estudantes de medicina a usar as melhores máquinas, a realizar os melhores diagnósticos, a serem os melhores cirurgiões... mas, quando tudo falhar, aí os ensinamos a conversar com o paciente.

Preocupado com a falta de percepção quanto ao aprendizado da ética médica, além de uma perspectiva deontológica, é importante desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem, que provoquem no discente a compreensão da sua responsabilidade na própria formação.

O ensino da Bioética não pode ser efetivado por meio de protocolos ou de diretrizes rígidas, mas pela reflexão e pela análise dos fatos presentes e das possíveis consequências, a partir das decisões tomadas.

O ensino da Bioética não pode ser dogmatizador, centralizador e castrador de pensamentos contraditórios.

Desse modo, nossa função deve ser a capacitação do discente para saber deliberar, pois são muitas as possibilidades entre os deveres e os valores.

O diálogo com Paulo Freire

Na perspectiva de Paulo Freire, há um convite ao diálogo que, enquanto tal, só existe se estivermos “desarmados” de nossos dogmas e abertos à investigação, o que implica em ouvir e em dizer sua palavra.

O rompimento com o modelo tradicional do ensino unidirecional, instaura os questionamentos pela dúvida. Não há espaço para os dogmas inquestionáveis. Não há espaço para a visão engessada do certo ou do errado, em uma visão dualista, como se o mundo pudesse ser observado apenas sobre esses dois contextos.

Praticamente, toda a base da pedagogia de Paulo Freire se funda na autonomia, na liberdade e na solidariedade ética. Ainda que toda a sua atuação pedagógica, ideológica e filosófica tenha sido sempre mais voltada para a educação escolar de crianças e jovens (e mesmo adultos) de camadas sociais menos privilegiadas, seus ensinamentos, indubitavelmente, transcendem para uma ampla diversidade de espaços educativos e educacionais.

O ensino da Bioética, que enseja verdadeira reflexão sobre questões éticas tão transdisciplinares e tão multiculturais, que envolvem

situações de vida e que são “os alicerces concretos de nossos códigos morais e de nossa conduta”², é com certeza um desses espaços.

Uma reflexão sobre a Educação Acadêmica

Educar é termo que encerra, *a priori*, um conceito muito abrangente, ou seja, trata-se de um processo de socialização e aprendizagem destinado ao desenvolvimento intelectual e ético de uma pessoa.

Nesse sentido, educar é a ação de promover a educação, por processos institucionalizados ou não, que visem a transmitir conhecimentos e padrões de comportamento, para assim, garantir a continuidade da cultura de uma sociedade.

A educação é, desse modo, perpetuada em todas as culturas por meio de normas que estabelecem relações básicas entre pais e filhos, entre jovens e idosos, entre mestres e alunos, e a convivência das gerações vai completando, renovando e transformando esse processo, cujo fim é preparar o cidadão para a vida plena e digna em sociedade.

Essa definição abrangente de educação está bem estabelecida na Constituição Federal de 1988³, em seu artigo 205:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da

² CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da ética médica e o horizonte da Bioética. Campinas: Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2009, p. 162.

³ BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa de 1988**, p. 6. Brasília. DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_205_.as p. Acesso em 01 ago. 2019.

Desse universo maior emerge a educação institucional, que se manifesta concretamente na escola, de modo a preparar e formar o indivíduo academicamente, para sua futura vida profissional.

Nesse processo educativo formal e sistematizado, o objetivo é desenvolver o raciocínio dos alunos, ensiná-los a pensar sobre diferentes problemas, auxiliá-los no crescimento intelectual e na sua formação como cidadãos, capazes de gerar transformações positivas na sociedade.

Deste ponto em diante, ao nos referirmos à educação, estaremos nos referindo à educação acadêmica, formal e sistematizada.

A concretização efetiva desse processo educativo depende, porém, de um conjunto de princípios, técnicas, métodos e estratégias de ensino, que são focos de estudo e de ações da pedagogia, que alicerçada em outras áreas do conhecimento humano, como a psicologia, a sociologia, a antropologia, a filosofia, a história e a medicina, busca compreender e sanar problemas relacionados com o desenvolvimento como um todo, assim como, assegurar uma adaptação recíproca e eficaz do conteúdo ensinado aos indivíduos que se quer formar.

Para tanto, é da pedagogia que surge a didática que se caracteriza por um conjunto de técnicas, que visam a otimizar o processo ensino-aprendizagem.

Para Libâneo⁴, a pedagogia, mediante conhecimentos científicos, filosóficos e técnico-profissionais, investiga a realidade educacional em transformação, para explicitar objetivos e processos de intervenção metodológica e organizativa, referentes à transmissão/assimilação de saberes e modos de ação.

⁴ LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos**: inquietações e buscas. Educare, n. 17, p. 153-176, 2001.

Ela visa o entendimento global e intencionalmente dirigido, dos problemas educativos e para isso, recorre aos aportes teóricos providos pelas demais ciências da educação. Isso posto, exercer a educação formal e sistematizada, ou seja, ensinar é, com certeza, uma das mais difíceis tarefas na construção social de uma nação. No mais das vezes, o educador/professor tem a tendência natural de ensinar de acordo com a sua percepção e seus valores, processo em que a transmissão do conhecimento não dá espaço para existência do diálogo mais aberto e reflexivo entre educando e educador⁵.

Também nos bancos universitários, ensinar não se trata de simples processo de instruir, de transferir conhecimentos, mas antes, de colaborar para a formação do caráter de uma pessoa, para que ela possa alcançar a condição de cidadão cooperativo, na construção de uma sociedade idealmente solidária.

Ainda cultivamos modelo educacional cativo de parâmetros, como eficácia, rentabilidade econômica, esmero na formação técnica e subestimamos a transmissão e reflexão de valores éticos. O resultado é que, cada vez mais, estamos formando profissionais egocêntricos e menos cidadãos empenhados em promover a solidariedade⁶.

Na proposta pedagógica de Célestin Baptistin Freinet⁷, a educação não se fixa em regras ortodoxas e rígidas, mas está fundamentada em princípios básicos, que norteiam o ensino-aprendizagem e as relações que a criança estabelece com o conhecimento. Para esse autor, a proposta pedagógica é concebida em três fases, que devem interpenetrar-se e completar-se: a) A **experimentação**: sempre que possível, pode ocorrer

⁵ FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

⁶ SIQUEIRA, J. E. **O ensino da ética no curso de medicina**. *O Mundo da Saúde* (São Paulo), v. 33, n. 1, p. 8-20, 2009.

⁷ FREINET, C. **As técnicas Freinet da escola moderna**. (Tradução de Silva Letra). Lisboa: Editorial Estampa, 1973.

tanto por observação, comparação, controle, quanto por prova, pelo material escolar, dos problemas que a mente se formula e das leis que ela supõe ou imagina; b) A **criação**: partindo do real, dos conhecimentos instintivos ou formais, gerados pela experimentação consciente ou inconsciente, alça-se, com a ajuda da imaginação, a uma concepção ideal do devir a que ela serve; c) A **documentação**: a busca da informação desejada em diferentes fontes – que é como uma tomada de consciência da experiência realizada, no tempo e no espaço, por outros homens, outras raças, outras gerações.

Na concepção de SANTOS⁸, vivemos na sociedade do conhecimento e ela está alicerçada em quatro teorias: vivemos em um mundo pós-industrial, que se consolidou na experiência organizacional, no investimento em tecnologia de ponta, nas especialidades, na produção modular, na geração de serviços e na produção e transmissão de informação.

A segunda teoria afirma que estamos na era da informação, que transformada em conhecimento, torna-se o grande capital da humanidade.

Na terceira teoria está a velocidade do desenvolvimento tecnológico, que está mudando as relações interpessoais. E, finalmente, a última teoria que sinaliza para a globalização, que rompeu todas as barreiras geográficas, culturais e sociais.

Nesse sentido, o “Relatório para a Unesco da Comissão Internacional Sobre Educação para o Século XXI”, editado por Jacques Delors em 1996⁹, que resultou de debates e reflexões dos mais expoentes educadores e pedagogos do mundo ocidental e oriental, no sentido de se construir um modelo educacional para um mundo multicultural, dentre

⁸ SANTOS J. F. **O que é pós-moderno**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

⁹ DELORS, J. (org.). **Educação um tesouro a descobrir**. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 1996.

outras diretrizes importantes, foi proposto o conceito de “aprendizagem ao longo de toda a vida” (*lifelong learning*), segundo o qual todo o processo educativo deve envolver princípios pedagógicos fundamentados sobre quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. Esses quatro pilares, por sua vez, foram essencialmente inspirados na pedagogia da autonomia proposta por Paulo Freire.

De acordo com Morin¹⁰, a sociedade tem sofrido mudanças profundas por meio de experimentações, na forma de se organizar, consumir, divertir-se e aprender. Essas mudanças se devem às pressões que o processo educativo vem sofrendo, mudanças essas que Freire (2006) já definia como sendo o caminho fundamental para transformar a sociedade.

Para Morin, a escola ainda hoje, tem papel social fundamental, pois é um espaço de produção de cultura, muito embora venha sendo tratada como espaço de aquisição de cultura, num contexto em que a educação é apenas vista como um produto de consumo. Escola e cultura são elos interligados e mediados pelo ser humano. A escola é uma instituição social onde o conhecimento é o principal patrimônio, e a atividade de construção do conhecimento é realizada pela mediação.

Segundo Morin¹¹, os problemas da educação e da pesquisa foram reduzidos à questões quantitativas: “mais créditos, mais professores, mais informática” etc. Com isso, mascara-se a imensa dificuldade revelada pelo fracasso de todas as reformas sucessivas do ensino. Segundo esse autor, “não se pode reformar a instituição sem antes reformar as mentes, mas

¹⁰ MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

¹¹ MORIN, E. A via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013, p. 130.

não se podem reformar as mentes sem antes reformar as instituições”¹²

Hoje, mais do que teorias que embasem uma educação acadêmica que, efetivamente, forme cidadãos éticos para o exercício profissional solidário em prol da sociedade, é necessária a disposição dos docentes para esse intento, o que exige, necessariamente, que se aprenda a ensinar... a mediar o desenvolvimento do ser humano.

Para tanto, foi proposta por Morin¹³ a teoria dos Sete Saberes, indispensáveis para esse desenvolvimento humano:

- As cegueiras do conhecimento;
- O erro e a ilusão;
- Os princípios do conhecimento pertinente;
- Ensinar a condição humana;
- Ensinar a identidade terrena;
- Enfrentar as incertezas;
- Ensinar a compreensão; e
- A ética do gênero humano.

Esses saberes constituem eixos e, ao mesmo tempo, caminhos que se abrem a todos os que pensam e fazem educação, e que estão preocupados com o futuro dos jovens e, conseqüentemente, da sociedade.

O ensino de Bioética a partir da ética médica

Ao introduzir este item, parece pertinente entendermos o que de fato é ética.

Etimologicamente, o termo vem do grego *ethos*, significando “caráter”, “costume” ou “modo de ser”. No entanto, o sentido que ainda atribuímos à palavra ética foi, na verdade, inspirado na expressão

¹² *Ibid.*, p. 131.

¹³ MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

grega *ethike filosofia* (ou “filosofia moral”, “filosofia do modo de ser”).

O termo *ethos* foi inicialmente traduzido para o latim, pelos romanos, como *mos* (ou *mores*, no plural), ainda com o significado de “costume”, mas deu origem à palavra “moral”.

Ambos os termos (*ethos* e *mos*) se referem a um comportamento humano que não é natural, ou seja, o homem não nasce com ele, como se fosse um instinto, mas é um comportamento adquirido ou conquistado por hábito¹⁴.

Ética e moral, então, sob a perspectiva etimológica, aplicam-se, ambas, a uma realidade humana construída histórica e socialmente, a partir das relações coletivas dos seres humanos nas sociedades em que nascem e vivem.

A ética é, como definida hoje, a parte da filosofia que trata das questões e dos preceitos que se relacionam aos valores morais e à conduta humana; é o conjunto de princípios, normas e regras que devem ser seguidos para que se estabeleça um comportamento moral exemplar. Destaque-se que, no entanto, por sua natureza difusa, a norma ética que rege uma pessoa individualmente nem sempre é a mesma recomendada pelo grupo social ou profissional a que ela¹⁵.

A despeito da origem etimológica e das definições hodiernas de ética, o fato é que a evolução da ética médica teve início nos primórdios da humanidade. A princípio, a prática da medicina estava tão entrelaçada ao misticismo e à religião, que os valores religiosos predominavam sobre quaisquer eventuais valores morais propriamente médicos. Vale lembrar, que a medicina era campo de atuação dos sacerdotes em muitas das

¹⁴ CUNHA, A. G. Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua portuguesa. São Paulo: Nova Fronteira, 1986.

¹⁵ OLIVEIRA JÚNIOR, E. Q. A ética médica, a Bioética e os procedimentos com células-tronco hematopoéticas. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 31, n. 1, p. 157-64, 2009.

sociedades antigas¹⁶.

A Mesopotâmia foi a primeira civilização de que se tem conhecimento a prever punição por “má prática médica”, em código legislativo – o Código de Hamurabi¹⁷, e tudo faz crer que, também no Egito, havia um comportamento ético laico nos médicos, apesar de também pertencerem, na sua maioria, a colégios sacerdotais.

Com os gregos, as questões éticas passam a ser definitivamente distanciadas da religião e incorporadas à filosofia. Os sofistas, entre eles Górgias, Leontinos e Abdera, defendiam uma educação cujo objetivo máximo seria a formação de um cidadão pleno, preparado para atuar politicamente para o crescimento da cidade. Nessa proposta pedagógica, os jovens deveriam ser preparados para falar bem (retórica), pensar e manifestar suas qualidades artísticas¹⁸.

No período pré-socrático e pré-hipocrático, os filósofos escreviam textos que incluíam ideias morais de justiça, abstinência, pureza e santidade¹⁹.

No entanto, foi com Hipócrates, no contexto ocidental, que a ética nasceu como princípio universal da conduta humana para a prática em saúde, baseando-se nos princípios da bondade, da discrição, da justiça, do respeito do conhecimento universal por meio do exercício contínuo da prática de curar.

Ressalte-se que, ainda àquela época, não havia absoluta independência dos aspectos religiosos, tanto que o juramento hipocrático – o mais antigo código de ética médica – inicia com uma invocação aos deuses, para só depois referir os deveres gerais do médico, para com a

¹⁶ MONTE, F. Q. **Ética médica**: evolução histórica e conceitos. Revista Bioética, v. 17, n. 3, p. 407-428, 2009.

¹⁷ GRIMBERG, C. *Histoire universelle*. Paris: Marabout Verviers, 1963. Volume 1.

¹⁸ POLI, M. **Reprodução humana ética**. Bioética (Brasília), v. 4, n. 2, p. 32-38, 1996.

¹⁹ BURNS, R. C. *Legacies in the ethics and medicine*. New York: Science and History Publications, 1977.

sociedade e os atos proibidos na prática médica.

Mesmo entre os gregos, as linhas filosóficas divergiam desde os estoicos, para quem o bem supremo era viver de acordo com a natureza e que só acontecia o que era vontade dos deuses, e a medicina era tão somente uma profissão: nem arte nem ciência; passando pelos epicuristas, que não acreditavam na intervenção divina nos fenômenos físicos da vida do homem e defendiam a medicina como prática baseada em ajuda mútua, concórdia e amizade; até os cétricos, que concordavam com a consciência do homem comum, ao praticarem a medicina para obter reputação ou dinheiro²⁰.

Apenas alguns séculos mais tarde é que Galeno, adepto ao platonismo, pretendia que a prática médica devesse ser distinta das aspirações individuais, daqueles que a exerciam, e defendia que a filantropia, a boa reputação ou a obtenção de riqueza, não deveriam interferir na prática médica, sob o risco de torná-la má prática.

Assim é que surge a lei Aquilina no Direito romano, com disposições que responsabilizavam os médicos por algumas práticas perniciosas²¹.

Na Idade Média, a prática médica volta a se mesclar mais intrinsecamente com a religião e com superstições e a ideia de ética foi deveras influenciada pelos pensamentos de Santo Agostinho, permanecendo por longo período restrita aos ditames teológicos e à piedade cristã e mais tarde, ratificados por São Tomás de Aquino, apesar de sua contribuição com a introdução da razão como fonte de lei moral e revitalização da consciência de uma lei natural nas coisas do mundo²².

²⁰ LOPES, O. C. **A medicina no tempo**. São Paulo: Melhoramentos, 1970.

²¹ EDELSTEIN L. **The professional ethics of the Greek physician**. Bull. Hist. Med., v. 30, p. 319-419, 1956.

²² MONTE, F. Q. **Ética médica: evolução histórica e conceitos**. Revista Bioética, v. 17, n. 3, p. 407-428, 2009.

Vale ressaltar que foi essa uma época em que a doença era concebida como um castigo e servia para a reparação dos pecados.

Posteriormente, rompe-se a ligação entre teologia e ética a partir do pensamento de Thomas Morus, Francis Bacon, Hobbes e Kant. Surgem então, legislações mais específicas para aspectos da prática médica na Inglaterra, Itália e Holanda, até que Thomas Percival publica, em 1803, o primeiro livro sobre ética médica e, posteriormente, em 1847, a Associação Médica Americana adota o primeiro código de ética médica²³, posteriormente adotado pelo Brasil em 1867.

Assim, compreendida a partir do excelente estudo de Monte: A evolução histórica da ética médica, entende-se, que a ética humana, assim como a ética médica, transita e se transforma nas diferentes culturas e nas diferentes eras, resultando mais de exigências de ordem social, política, cultural e mesmo econômica de cada sociedade, do que propriamente das exigências da profissão.

E como, então, ensinar algo tão dinâmico ao aprendiz de medicina?

Ao final do século XIX, notadamente nos Estados Unidos, mas não apenas nesse país, o ensino médico estava sendo considerado como uma “aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto”²⁴, que carecia de bases científicas e com isso, em 1910, a Fundação Carnegie publicou o Relatório Flexner, que propunha diversas mudanças no ensino médico.

Todavia, o que deveria ter otimizado o ensino médico, acabou por transformar-se em exagerado cientificismo, que passou a ser a base do ensino e da prática médica, sem preocupação com aspectos éticos e

²³ BURNS, R. C. **Legacies in the ethics and medicine**. New York: Science and History Publications, 1977.

²⁴ FLEXNER, A. **Medical Education in United States and Canada**. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910, p. 35.

morais, resultando numa estrutura discriminatória, em que prevalecia uma nova composição social e os valores morais próprios dessa categoria social, notadamente composta por homens brancos provenientes das classes média-alta e alta²⁵.

Por essa mesma época, final do século XIX, inicia o ensino de ética médica no Brasil, que pelas influências científicas, ficou restrito às disciplinas de medicina legal e deontologia²⁶, definida como o conjunto de deveres profissionais (no caso, do médico) minuciados em um código específico.

Todavia, a deontologia não promove propriamente o desenvolvimento do comportamento moral dos alunos de medicina ou de qualquer outra profissão, uma vez que o comportamento moral é fundamentado por valores internalizados e não pelo conhecimento da norma ou pelo receio de punição pelo seu não cumprimento²⁷.

Flamínio Fávero foi um dos preconizadores do ensino de ética em medicina no Brasil, e citava a dignidade, a honestidade e a coragem, todas aliadas a um espírito de sacrifício enorme, como qualidades da vocação médica. Posteriormente, essas qualidades foram ampliadas por Gomes²⁸, a partir dos princípios de solidariedade, sigilo, preservação da vida e índole para alívio de sofrimentos.

Assim, havia a preocupação com a qualidade moral que o médico deveria apresentar para exercer a sua carreira. Com o passar do tempo e com novas exigências curriculares, o modelo humanístico de formação começou a ocupar espaço e se dicotomizar da deontologia e da medicina

²⁵ ZIEM, G. **Medical education since Flexner.** *Health Pacific Bulletin*, v.3, p. 42, 1977.

²⁶ REGO, S. **A formação ética dos médicos:** saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

²⁷ CAMARGO, M. C. Z. A. **O ensino da ética médica e o horizonte da Bioética.** Campinas: Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2009.

²⁸ MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D. R. **O ensino da ética nas faculdades de medicina do Brasil.** *Revista Brasileira de Educação Médica* (Rio de Janeiro), v. 27, n. 2, p. 114-24.

legal, passando a ter identidade própria, trazendo para a formação os dilemas morais pertinentes ao processo formativo e ao cotidiano clínico do futuro médico²⁹.

As mudanças históricas no significado social e ético da atividade médica e na Filosofia Humanística, tornam, no entanto, difícil propor um conteúdo ideológico para a formação humanística do médico, e essa formação é produto das experiências pessoais de cada um e implica a consciência do próprio sistema de valores que dela resultam. Implica também a consciência do paciente como um seguidor e criador de valores³⁰.

Com práticas educativas subsidiadas, por um esteio tecnológico calcado em avanços magníficos da ciência e da tecnologia, analisar e ponderar sobre a aplicação desses avanços, considerando as indagações de natureza ética a eles atreladas, configura-se no grande desafio para os futuros médicos³¹.

Desde o surgimento da Bioética, que envolve conhecimentos de ética médica com caráter transdisciplinar, um horizonte de humanidade foi trazido para a prática tanto médica quanto científica, abolindo-se assim, as posturas exclusivamente legalistas em relação à prática médica³².

Assim, vislumbrar o ensino da Bioética no contexto de uma faculdade de medicina é dizer que a função primordial da Bioética é trabalhar valores, promovendo conhecimento dos princípios básicos para alcançar, desse modo, a modelagem de virtudes que vão influenciar na conduta profissional adequada para as relações humanas assimétricas.

²⁹ BONAMIGO, E. L.; SILVA, J. **Bioética**: pontos de mutação de uma sociedade em mudanças. São Paulo: All Print Editora, 2013.

³⁰ PESSOTTI, I. **A formação humanística do médico**. Medicina (Ribeirão Preto), v. 29, p. 440-448, 1996.

³¹ MORANO, M. T. A. P. **Ensino da ética para os profissionais de saúde e efeitos sociais**. Revista Humanidades (Fortaleza), v. 18, n. 1, p. 28-32, 2003.

³² CORREIA, F. A. **A alteridade como critério fundamental e englobante da Bioética**. (Tese de Doutorado). Campinas: Departamento de Filosofia da UNICAMP, 1994.

Sob uma perspectiva etimológico-conceitual, “Bioética” significa “ética da vida”, “ética aplicada à vida”, “a ação humana em relação à vida”, podendo referir-se à vida na sua expressão universal (biosfera), orientando-se para o fundamento ou razão de ser da ação sobre a vida, como também para o estabelecimento de normas ou obrigações a que se subordine a ação³³.

Estudos mais aprofundados sobre a origem do termo Bioética, apontam que foi primeiramente utilizado pelo alemão Fritz Jahr, em 1927, para referir-se à emergência de obrigações éticas não apenas para com o homem, mas para com todos os seres vivos. Vários estudiosos da área, no entanto, ainda consideram o oncologista norte-americano Van Renssenlaer Potter, da Universidade de Wisconsin, como referência pioneira na utilização do termo Bioética, quando, em início da década de 1970, introduziu uma nova abordagem para a ética, chamada de Bioética ou ética interdisciplinar, ao considerá-la como uma ponte entre a ciência e as humanidades³⁴.

Relacionou o termo ao objetivo de transferir a discussão sobre os novos problemas trazidos pelo desenvolvimento tecnológico de uma trajetória mais tecnicista para um caminho mais humanista, de modo a superar a dicotomia entre os fatos explicáveis pela ciência e os valores estudáveis pela ética.

Pelo fato da Bioética ser um “campo disciplinar compromissado com o conflito moral na área da saúde e da doença de seres humanos e dos animais não humanos, seus temas dizem respeito à situações de vida, que nunca deixaram de estar em pauta na história da humanidade”³⁵.

Ressalte-se, neste ponto, que as diretrizes filosóficas

³³ NEVES, M. C. P.; OSSWALD, W. **Bioética simples**. Lisboa: Verbo, 2007.

³⁴ GOLDIN, J. R. **Bioética e ética na ciência**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/>.

³⁵ DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002, p. 120.

contemporâneas mais pontuais da Bioética começaram a se consolidar após o holocausto da Segunda Grande Guerra, em decorrência do horror e do choque causado pelas práticas médicas atroz e abusivas, realizadas pelos médicos nazistas em nome da ciência, ocasião em que o mundo ocidental passou a criar códigos que limitassem práticas e estudos em desacordo com a consciência de humanidade.

No Dicionário Latino-americano de Bioética³⁶ é clara a assertiva de que, para haver eficácia no campo da Bioética, a ética aplicada na educação deve ter aspirações universais e tão plurais quanto possíveis, afastando modelos doutrinários. Nesse sentido, é citado o alerta de Foucault³⁷ para que se evitem as possibilidades de práticas educativas enganosas e assimétricas que estão presentes na vida cotidiana de nossas escolas e que refletem uma atitude ingênua ou inconsistente.

O modelo proposto por Haberman³⁸, por sua vez, oferece aos estudantes um método relevante para uma melhor educação em Bioética, capaz de gerir a arte da discussão com precaução contra conflitos de ideias que emergem do pluralismo moral da sociedade pós-moderna.

A Bioética é, reconhecidamente, um saber que exige práticas pedagógicas específicas. A diversidade de saberes dinâmicos que constitui a Bioética e seu objetivo didático de abrir horizontes para a percepção de responsabilidades morais, agora e sempre, traduzem sua complexidade. Atingir esse objetivo é extremamente difícil pela via da transmissão de conhecimentos de forma compartimentada, por professores nem sempre academicamente compromissados com a finalidade de ensinar Bioética *per se*³⁹.

³⁶ UNESCO. **Diccionario latino-americano de Bioética**. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / Universidad Nacional de Colombia, 2008.

³⁷ FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

³⁸ HABERMAN, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987.

³⁹ AZEVEDO, E. E. S. **Ensino da Bioética: um desafio transdisciplinar**. Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, n. 2, 2008.

Desse modo, o ensino de Bioética nas escolas médicas, carece de projeto pedagógico alicerçado em estratégias didáticas, que de fato, resultem na formação de um novo médico, que antes de tudo, também é um ser humano, que para lidar com outros seres humanos, precisa primeiro identificar a própria humanidade.

Pressupostos pedagógicos de Paulo Freire

Paulo Freire foi um reformador. Foi defensor incansável da liberdade, da reflexão, da justiça, da ética, do diálogo e da autonomia do ser humano, e sua obra representa uma preocupação profunda com a vida humana e com o seu processo de humanização⁴⁰. Todas essas atitudes defendidas por Freire devem, segundo seus ensinamentos, ser desenvolvidas e praticadas dentro da escola e da sociedade, de modo que se efetivem num processo contínuo de transformação humanizadora.

A educação, para ele, era muito mais do que meio para escolarização e profissionalização. Defendia a necessidade de o aluno se conhecer e conhecer os problemas sociais de sua realidade concreta, ao que chamava de educação social, por meio da qual se deve “estimular o povo a participar do seu processo de emersão na vida pública engajando-se no todo social”⁴¹.

Muito embora todo o seu pensamento privilegiasse crianças, jovens e mesmo adultos de camadas sociais e econômicas menos privilegiadas, é inegável a abrangência de seus pressupostos educacionais e pedagógicos, ressaltando que educação e pedagogia são conceitos que se complementam e, muitas vezes, se equivalem no pensamento freiriano.

⁴⁰ SILVA, S. **O pensar certo e a educação na obra de Paulo Freire**. (Dissertação – Mestrado). Londrina: Centro de Educação, Comunicação e Artes / Departamento de Educação / Universidade Estadual de Londrina, 2015.

⁴¹ GADOTTI, M. **A voz do biógrafo brasileiro**: a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, M. (org.). Paulo Freire: uma bibliografia. São Paulo: Cortes, 1996. p. 70.

Ao romper com uma pedagogia centralizadora, trouxe à luz uma pedagogia libertadora e consolidou a cidadania de pessoas excluídas do processo educacional, tornando-as seres com autonomia e ideais libertários para conquistar seu espaço social como seres pensantes e ativos.

Nesse contexto, aprender a ser gente, aprender a ser realmente “humano” é uma das aprendizagens mais desafiadoras para uma educação que seja de fato humanizadora.

Humanizar, neste sentido, está diretamente ligado ao ato de educar como prática de liberdade, em que a pessoa humana se reconhece como sujeito, como um ser sócio-histórico-político-cultural, que se faz *na* história e *pela* história; que se reconhece como um ser condicionado, mas não determinado; que é “gente”, um ser inconcluso, aprendendo a ser autor de seu saber e de seu processo de humanização.

A pedagogia proposta por Freire é fundamentada numa antropologia filosófica dialética cuja meta é o engajamento do indivíduo na luta por transformações sociais. Desse modo, a base dessa pedagogia é o diálogo. A relação pedagógica necessita ser, acima de tudo, uma relação dialógica⁴².

O diálogo, ou a dialogicidade, é imprescindível na comunicação e na intercomunicação entre sujeitos, pois oferece a possibilidade de conhecer e se conhecer mais. A prática educativa não pode ficar reduzida à pura técnica nem à transferência de conhecimentos, mas o ato do ensinar precisa levar em conta “o inacabamento do ser ou sua inconclusão” como próprio da experiência vital. É necessário abrir-se à realidade dos sujeitos que partilham a atividade pedagógica⁴³.

⁴² HARMON, M. C. *Paulo Freire: implications for a theory of pedagogy*. Tese de Doutorado. Boston: Faculdade de Educação da Universidade de Boston, 1975.

⁴³ FREIRE, P. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Nova Sede, 1995, p. 87.

A dialogicidade exige que o homem se mantenha em uma relação de respeito diante da liberdade do outro, ou seja, exige uma relação instituída não pela força da opressão e submissão, mas pela capacidade de comunicação que vai além de um simples ajustamento e acomodação às ideias ou circunstâncias de um mundo prescrito⁴⁴.

O diálogo é uma interlocução em movimento dinâmico, que pode ser verbal e não verbal, cujo ponto em que se torna o mesmo espaço é o encontro com o outro, tendo a ética como base⁴⁵.

O diálogo deve ser o elemento central que assegura a passagem do fazer pedagógico ao agir pedagógico. O fazer não exige reflexão, não há problematização e busca, na teoria, legitimar escolhas prévias. Já o agir pedagógico ocorre por desdogmatização da prática e desinstrumentalização da teoria, e, dessa forma, une-se com o fazer pedagógico⁴⁶.

Entretanto, dialogar não é apenas o encontro de duas pessoas que conversam sobre determinado assunto, sem que haja um maior engajamento e um objetivo comum entre os que dialogam, nem é um momento em que as pessoas envolvidas apenas fazem comunicados umas às outras em vez de se comunicarem. Antes disso, “o diálogo é o encontro no qual a reflexão e a ação, inseparáveis daqueles que dialogam, orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar, este diálogo não pode reduzir-se a depositar ideias em outro”⁴⁷.

⁴⁴ XAVIER, R. B. **A compreensão do diálogo em uma experiência de construção coletiva do projeto político-pedagógico**: um estudo à luz do pensamento de Martin Buber e Paulo Freire. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

⁴⁵ GONÇALVES, M. A. S. **Diálogo e solidariedade: bases de uma educação para a cidadania**. Revista de Educação (Salvador), v. 13, n. 48, p. 39-44, 2005.

⁴⁶ DALBOSCO, C. A. Incapacidade para o diálogo e agir pedagógico. In: TRAVESIAN, A. L.; TOMAZETTI, E. M. (orgs). **Cultura e alteridade**: confluências. Ijuí, RS: Editora Ijuí, 2006.

⁴⁷ FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976, p. 56.

Tampouco, ainda, o diálogo pode ser concebido como uma relação vertical entre A e B, de A para B ou de A sobre B, mas deve constituir uma “relação horizontal de A *com* B” que se fundamenta e se alimenta do amor, da humildade, da esperança, da fé. Dessa forma, não parece possível estabelecer uma relação dialógica quando apenas o “professor fala e o aluno ouve”, para mais tarde, reproduzir exatamente aquilo que o professor proferiu. Isso caracteriza o anti diálogo, que é desamoroso, acrítico, desesperançoso, arrogante, autossuficiente e, por isso, destrói a relação de simpatia que caracteriza o diálogo. O anti diálogo restringe-se apenas a fazer comunicados⁴⁸.

A proposta pedagógica de Freire parte do “Estudo da Realidade”, que é a fala do educando sobre o seu contexto, e da “Organização dos Dados”, que é a percepção do educador. A partir desse encontro, surgem os temas que serão problematizados, que são resultados de uma metodologia dialógica. Cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe, em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais se parte⁴⁹.

Para Freire, o exercício da pedagogia exige respeito ao indivíduo em sua autonomia e, conseqüentemente, em sua dignidade. A prática pedagógica sofre no dia a dia várias interferências na relação educador/educando, cabendo ao educador tomar consciência desse processo de transgressão ética e corrigir tal cenário, recriando os novos significados educativos. Com essa afirmativa, Freire estabelece como princípio “criticar a prática para ressignificá-la eticamente”.

Esse processo de transgressão ética, muitas vezes tênue, passa

⁴⁸ FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996, p. 120.

⁴⁹ FEITOSA, S. C. S. **Método Paulo Freire**: princípios e práticas de uma concepção popular de educação. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Educação da USP, 1999, p. 86.

despercebido, cabendo o olhar sensível e agudo do educador para identificá-lo e assim, possibilitar reflexões por meio do diálogo. Com isso, corresponsabilizar o educando em um processo compartilhado de ensino/aprendizagem. Isso é conceber e praticar verdadeiramente a educação⁵⁰.

É muito clara a concepção freiriana ao defender que a ética e o diálogo devem formar um elo indissolúvel no caminhar, rompendo e superando todas as transgressões que possam interferir no processo ensino/aprendizado. Ressalta, ainda, a importância de aprender a pensar certo e a exercitar o bom-senso, sendo essas premissas o que caracteriza uma prática educativa emancipadora. Para Freire, o bom-senso é uma aprendizagem ética que se faz ao longo da vida, no caminhar da educação, e que nos põe em constante “estado de alerta”, convocando-nos a assumir responsabilidades pela produção da existência humana⁵¹.

Desenvolver práticas educativas de forma paciente e analítica permite incluir o educando e o educador no processo educativo. Não deve haver espaço nesse processo para a arrogância ou a prepotência. O verdadeiro educador compartilha com o aprendiz a aventura que é desbravar o mundo e conhecê-lo cada vez melhor.

Para Mendonça⁵², os desafios da educação contemporânea são inúmeros, principalmente em função das profundas transformações sociais e do avanço tecnológico, que promovem novas responsabilidades e novas reflexões para intervenções sociais, a partir de novas práticas educativas, com participação consciente na realidade mediatizada pela permanente humanização.

⁵⁰ FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 56ª ed. (revisada e atualizada). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

⁵¹ SOUZA, A. I. (org.). **Paulo Freire: vida e obra**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

⁵² MENDONÇA, Rosa Helena (orgs.). **Práticas de leitura e escrita** – Brasília: Ministério da Educação, 2012.

Para tanto, a adesão ao pensamento freiriano permite desenvolver competências para intervir e forjar práticas pedagógicas, que contribuam para o entendimento da educação, como instrumento democratizador e libertador da sociedade.

O pensamento de Paulo Freire se constitui em um referencial teórico-crítico, que serve de base para a construção de um sistema educacional humanizador, denominado de pedagogia da humanização. Esse processo se reveste de um valioso instrumento de transformação da realidade na busca de uma práxis educativa que objetive à libertação e à humanização das pessoas e, ao mesmo tempo, promova uma compreensão da relação histórica, política e cultural, em relação à dimensão existencial de cada sujeito envolvido no processo.

O ingresso no ensino superior promove uma mudança na realidade do educando, que deixa de ser passivo para encenar o enredo da sua própria história acadêmica e de vida. Rompem-se paradigmas para a saída da posição de expectador/repetidor para um protagonismo que será a chave para a construção do conhecimento ao longo da vida. Essa ruptura de paradigmas, no entanto, deve ser promovida e permitida pelo docente universitário, a partir da aplicação de métodos e estratégias didáticas que favoreçam uma pedagogia de fato humanizadora e transformadora.

Conclusões

Qualquer estratégia didático-pedagógica deve partir da autonomia do aluno e estar "fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando"⁵³.

Essa proposta, reflete sua prática educacional que sempre buscou o sentido humanista e libertador em prol de um novo projeto de

⁵³ *Ibid.*, p. 14.

sociedade.

O professor assume o papel de facilitador e moderador, cabendo aos alunos o processo de construção do conhecimento, que não se limita apenas ao conhecimento teórico, mais que inclui, também, o conhecimento empírico – ou seja, o conhecimento que se adquire no dia a dia, a partir de tentativas e erros; o conhecimento que se adquire a partir da observação, da experiência, do senso comum, dispensando a necessidade de comprovação científica; o conhecimento de que o conhecimento é processo dinâmico, inacabado e possível apenas pela reflexão crítica do que se conhece e para o que serve o que se conhece.

A DISPOSIÇÃO DO PRÓPRIO CORPO: DEBATES ENTRE A AUTONOMIA PRIVADA E A AÇÃO ESTATAL

*Andréia Patrícia Gomes
Guilherme Nacif de Faria*

Introdução

A interface entre Direito e Saúde é substancialmente importante, diante da complexidade e da multiplicidade de relações que, na atualidade, emergem no âmbito de uma sociedade contemporânea. A regulação realizada pelo Estado é marcante, com relação aos aspectos do processo saúde-doença, do corpo, da vida e da morte; conteúdos estes, que são da ordem da vida privada dos indivíduos, entretanto tutelados em diversos diplomas legais, seja de ordem civil ou penal, considerados, portanto, verdadeiros bens jurídicos. As conexões invadem também os clássicos ramos do direito, colocando em questão de Direito público ou privado, constitucional ou civil, patrimoniais ou extrapatrimoniais. Podem ser tomados como verdadeiros casos de situação jurídica, já que a relação do credor *versus* devedor não satisfaz adequadamente ao feixe de direitos e deveres, os quais vêm embutidos no contexto da relação jurídica. Estas interações emergem no campo, sobretudo associadas ao avanço da tecnociência e dos direitos e ao exercício de liberdades individuais, como pode ser ratificado pelos exemplos: eutanásia, ortotanásia, aborto, antecipação terapêutica do parto em anencéfalos, inimputabilidade de pessoas com enfermidades mentais ou sua internação compulsória, transexualismo e cirurgia de redesignação de sexo, transplantes, esterilização, doação de órgãos, doação de cadáveres e partes e, o objeto deste estudo – o direito de disposição sobre o próprio corpo como a

modificação somática. Neste trabalho focalizaremos o direito à disposição do próprio corpo, com ratificação do recorte da amputação por escolha própria, onde tornam-se relevantes tanto a legalidade quanto a eticidade, quanto os próprios conflitos entre o individual e o coletivo, a autonomia e a proteção.

Uma pequena digressão: personalidade jurídica & direito de personalidade.

A pessoa natural é um dos sujeitos de Direito. É ela o ser humano nascido com vida, dotada de estrutura biopsicológica, que a permite assumir obrigações e ser titular de direitos, ou seja a pessoa humana¹. Toda a pessoa natural possui, portanto, personalidade jurídica, como dito no Art. 1º. do Código Civil, 2002: “Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”².

A personalidade jurídica é o conceito básico da ordem jurídica, consagrado na legislação civil e fundamentado pela Constituição Federal da República do Brasil³. O ser humano é considerado como algo que vale por si mesmo, tendo sua dignidade patamar de direito fundamental, concretizado. Logo, a pessoa é, e sempre será, um ser único, autônomo, dotado de características marcantes e próprias, individuais com toda uma série de predicados, que integram e constituem a individualidade⁴. Todos são pessoas, independente da consciência ou da vontade, já que ela é atributo do ser humano; a personalidade começa, então com o nascimento

¹ FARIAS, Cristiano Chaves de; ROSENVALD, Nelson. Curso de Direito Civil. 14ª ed. Salvador: Juspodium, 2016.

² BRASIL. Código Civil. Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002. 1ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002. p. 1.

³ BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

⁴ GONÇALVES, Carlos Roberto. **Direito Civil Brasileiro**, volume 1. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

e finda-se com a morte e é considerada como capacidade de direito ou de gozo⁵.

Conceito diferente, mas sucedâneo e essencial à discussão, é o de capacidade de fato ou de exercício, que é aquela relacionada com o exercício da vida civil⁶. Isso se dá porque, efetivamente, neste debate, consideraremos a capacidade de fato, já que esta está intimamente ligada ao princípio da autonomia e permeará a tomada de decisão referente à disposição sobre o próprio corpo. Para a tomada de decisão e efetivo exercício do direito de personalidade com relação às escolhas há de se ter em mente a capacidade do sujeito, ou seja, a sua capacidade de fato. Todos, portanto possuem capacidade de direito; todos possuem, independente da capacidade de fato, o direito à dignidade e à igualdade com relação a seus direitos e obrigações.

A Constituição Federal, de 1988, fez da dignidade da pessoa humana um fundamento da República (art. 1º, III) e, dessa medida, projetam-se todas as normas feitas para a proteção das pessoas, englobando valores e direitos relacionados à sua integridade. Ao optar pelas formas democráticas de poder e de governo, destaca Villela⁷, a Constituição afirma e promove a pessoa humana e, assim, seus direitos fundamentais, mas designadamente, suas projeções, os direitos da personalidade. Este mesmo autor lembra uma observação de Bobbio, para quem “o fundamento da forma democrática de governo em oposição às várias formas de governo autocráticas, que dominaram grande parte da história do mundo, é o reconhecimento da “pessoa”⁸.

⁵ PEREIRA, Caio Mario da Silva. **Instituições de direito Civil**. 30ª Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

⁶ TARTUCE, Flávio. **Direito Civil 1.10ª ed.** Rio de Janeiro: Forense, 2014.

⁷ VILLELA, João Baptista. O novo código civil brasileiro e o direito à recusa de tratamento médico. In: **Atti del congresso internazionale “il nuovo codice civile del Brasile e il sistema giuridico latinoamericano”**. Roma: Mucchi Editore, 2003. p.55-64.

⁸ BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política**. 14ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier-Campus, 2000. p. 135.

Os direitos da personalidade são direitos inerentes à condição humana, relacionados aos seus atributos. São, portanto, aqueles atinentes à pessoa, como a vida, a imagem, o corpo, o nome, entre outros, e que merecem a proteção estatal. Esta proteção estatal somente é possível em democracias, onde o valor da pessoa humana esteja em patamar de reconhecimento elevado. O mesmo Bobbio (p. 422)⁹ complementa que “a oposição entre democracia ideal e democracia real (...) é o pressuposto de que o fundamento ético da democracia é o reconhecimento da autonomia do indivíduo, de todos os indivíduos, sem distinção de raça, sexo, religião etc.”

A proteção constitucional trouxe ao Direito privado uma necessidade notória de reatualização, com a leitura dos direitos das pessoas com base em uma hermenêutica constitucional¹⁰. Sob o aspecto dos direitos da personalidade, nosso Código Civil foi bastante falho, não contendo, por exemplo, uma cláusula geral dos direitos da personalidade. Tal ramo tradicionalmente tem por escopo a preponderância das regras que interessam aos particulares, sendo a autonomia caracteristicamente uma de suas bases estruturantes. A autonomia, ou o autogoverno, significa a possibilidade de estabelecimento de regras de conduta e de ação, a autodeterminação. Contudo, agora com a evolução jurídica, a autonomia “plena” dá espaço e lugar à autonomia privada. Esta pode ser compreendida, atualmente, como a capacidade de o indivíduo ser livre e, pela declaração de sua vontade, criar direitos e contrair obrigações, em conformidade com a lei, ou seja o exercício pleno de autonomia que gerava desigualdades é regulado pela lei a fim de estabelecer relações mais

⁹ BOBBIO, 2000, *op. cit.*

¹⁰ GOZZO, Débora; MOINHOS, Deyse dos Santos. **A disposição do corpo como direito fundamental e a preservação da autonomia da vontade.** Direito Civil – Constitucional II: XXIII Congresso Nacional do CONPEDI. Universidade Federal da Paraíba – PB, 2014, p.161-187.

harmônicas, que atendam aos princípios da igualdade, solidariedade, dignidade e justiça social¹¹. Fortalecidos são, neste contexto, os direitos da personalidade, considerados essenciais à tutela da dignidade e integridade humana: vida, liberdade, privacidade, intimidade, honra, imagem, integridade física, entre outros que, como consectários da dignidade humana, traduzem o modo de ser da pessoa, individualizando-a na sociedade, sendo intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo sofrer limitação voluntária, segundo o Artigo 11 do Código Civil¹².

Fica claro que em um ordenamento jurídico como o nosso, que tem como pilares fundamentais o pluralismo e a dignidade da pessoa humana, é esperado que os titulares dos direitos tomem decisões autônomas acerca de suas vidas privadas, deixando a cada um a possibilidade da construção da própria intimidade. Tais decisões existenciais, é claro, só serão consideradas legítimas, se tomadas pelo próprio titular, sempre adequadamente informado e consciente de suas escolhas, bem como das suas consequências, tendo como pressuposto que cada um poderá segundo seus projetos concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana. Por consequência, ratifica-se a positivação explícita da proteção à pessoa oriunda dos direitos da personalidade, consagradas constitucionalmente como direitos à liberdade, à intimidade e à privacidade em seu Art. 5º¹³.

Dessa forma, decisões que envolvam circunstâncias que se refiram ao próprio corpo são do âmbito da intimidade, da privacidade e da liberdade, pois dizem respeito à essencialidade da própria existência da pessoa humana, estando no núcleo do desenvolvimento da personalidade,

¹¹ BAEZ, Narciso Leandro Xavier; LIMA, Germano Alves de. Os limites da autonomia privada em face da perspectiva civil-constitucional. **Direitos Fundamentais & Justiça**, ano 10, n. 34, p. 115-131, 2016.

¹² BRASIL, 2002, *op. cit.*

¹³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Autonomia existencial. *Revista Brasileira de Direito Civil*. v. 16, p. 75-104, 2018.

de acordo com o modo de vida escolhido por cada indivíduo. Os direitos da personalidade têm enorme relevância para a discussão aqui instituída, possuindo características peculiares, sendo as mais relevantes a irrenunciabilidade, a intransmissibilidade e a inalienabilidade. O princípio da autonomia da vontade é, historicamente, um dos pilares do direito privado e parte da premissa do direito à liberdade¹⁴. Assim, o direito à integridade do próprio corpo encontra-se positivado no Art. 13: “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”¹⁵. O direito à integridade do corpo será abordado em seguida.

Direito à integridade física

A integridade física tem relevante proteção jurídica, sobretudo em uma época em que os avanços da biotecnociência propiciam uma infinidade de meios para alterações da estrutura física corporal. O direito à integridade física compreende a incolumidade corporal, incluindo-se a tutela do corpo vivo e morto, além de tecidos, órgãos e partes passíveis de separação e individualização¹⁶. De acordo com Moraes, a tutela é da integridade psicofísica, instituindo-se a garantia aos direitos da personalidade de forma ampliada, tal como o observado no direito à saúde, quando se considera o completo bem-estar físico, psíquico e social¹⁷. Conforme observado no Código Civil Brasileiro, o corpo é

14 COSTA, Carine; DINIZ, Danila Magaton. Os limites das modificações corporais extremas face o direito ao próprio corpo e ao direito da personalidade. *Direito* Izabela Hendrix, v. 14, n. 14, p. 34-44, 2015.

15 BRASIL, 2002, *op. cit.*, p. 2.

16 FARIAS, Cristiano Chaves de. **Manual de Direito Civil**. Volume único. 3ª ed. Salvador: Juspodium, 2018.

17 MORAES, Maria Cecília Bodin de. **Danos à pessoa humana**. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2017. p. 93-102.

inalienável; todavia, como observado no parágrafo único do Art. 13 “O ato previsto neste artigo será admitido para fins de transplante, na forma estabelecida em lei especial”¹⁸, ou seja, é possível no casos de necessidade médica, desde que ocorra sem mutilação ou diminuição da integridade ou, ainda, se não for contrária aos bons costumes, conceito amplo a ser considerado dentro de um cenário social múltiplo, laico e plural como o de nosso Estado. Pode-se, a partir dessa premissa enunciada, pensar que prevalecendo a autonomia do sujeito, regida pelo princípio da autodeterminação, a disposição do próprio corpo, de suas partes e órgãos seria amplamente destinada ao controle do próprio: o corpo a ele pertence, logo poderia direcionar a qualquer finalidade que julgue conveniente, inclusive doação de órgãos em vida. Mas na realidade, os indivíduos não exercem com exclusividade a propriedade do seu corpo, estando ela compartilhada com o coletivo, quando posta no ordenamento legal¹⁹. Assim, o direito ao próprio corpo, ainda, encontra-se muito longe de ser pleno. As normas que limitam a autonomia dos corpos estão por todas as partes: limitações à sexualidade, ao uso de drogas psicotrópicas, à liberdade de expressão e até mesmo à vida e à morte; a sociedade e o Estado impõem ao indivíduo limites para seu exercício pleno através da regulamentação, sujeitando todos a um modelo de conduta, que a maioria julga adequado²⁰. Deste modo, não é possível estabelecer um caráter absoluto à autonomia corporal, sendo imprescindível analisar cada caso concreto, a fim de que se possa estabelecer os valores a serem sopesados e a prevalecerem diante de um conflito entre a liberdade da pessoa e os

¹⁸ BRASIL, 2002, *Idem*, p. 2.

¹⁹ OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Quintino de. **Você pode dispor de seu corpo em vida?** Migalhas de Peso. 2017. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI268415,31047-Voce+pode+dispor+de+seu+corpo+em+vida>. Acesso: 2 jun 2019.

²⁰ VIANA, Túlio. O direito ao próprio corpo. **Empório do Direito**. Disponível em: <https://emporiiododireito.com.br/leitura/o-direito-ao-proprio-corpo>. Acesso em: 5 jul 2019.

demais princípios formadores da dignidade da pessoa humana, ou mesmo quando a escolha do sujeito vai de encontro aos, ditos, bons costumes²¹.

Ao problematizar o exercício da autonomia corporal pelo seu titular, Maia²² realiza as seguintes indagações: “De quem é o corpo? Da pessoa interessada ou do seu círculo familiar, de Deus que nos deu, da natureza que o compreende como inviolável, de um poder social, que por meio de várias maneiras dele se apropria, do médico ou do juiz que lhe dão certa destinação? E de que corpo estamos tratando?”²³ É prudente que, considerando a integridade psicofísica, que o corpo não seja visualizado sob um viés reducionista, estritamente biológico e que sejam valorizados os aspectos biográficos, históricos, sociais e psíquicos que o constituem. Tudo está, ou pelo menos parece aceito, quando a disposição se encontra dentro daquilo que a sociedade considera normalidade, ou seja, quando o uso do material biológico é para pesquisa, por exemplo, ou mesmo quando se fala de cirurgias estéticas de mamoplastia, rinoplastia ou até doação de órgãos em vivos como rins ou medula óssea²⁴. Mesmo a disposição do cadáver ou de partes dele é aceita nestas situações, onde a Ciência ou um bem maior é alegado²⁵. Entretanto, quando os atos de disposição do próprio corpo vão contra a integridade física ou, quando há disposição do próprio corpo de forma onerosa, e que contraria os

²¹ HOFER, Jarline; WOLSCHIK, Ketlin; BAGATINI, Júlia. **Direito ao próprio corpo.** Núcleo de Pesquisa e Extensão do Curso de Direito – NUPEDIR VII MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (MIC) 25 de novembro de 2014. Disponível em: <http://faifaculdades.edu.br/eventos/MICDIR/VIIIMICDIR/3> Acesso em: 3 jul, 2019.

²² MAIA, Bruno Alberto. Pessoa, corpo e autonomia privada. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIX, n. 155, dez 2016. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=18312&revista_caderno=7. Acesso em 30 jun 2019.

²³ BRASIL, 2002. *Op. Cit.*, p. 2.

²⁴ PACHECO, Emmanuel. Indisponibilidade do direito ao próprio corpo. Disponível em: <https://emmanuelpsp.jusbrasil.com.br/artigos/623830455/indisponibilidade-do-direito-ao-proprio-corpo-e-suas-excecoes>. Acesso em: 30 jun 2019.

²⁵ CHAVES, Antônio. Direitos à vida, ao próprio corpo e às partes do mesmo (transplantes). Esterilização e operações cirúrgicas para "mudança de sexo". *Direito ao cadáver e às partes do mesmo*. Revista da Faculdade de Direito USP v. 72 n. 1, p. 243-298, 1977.

chamados “bons costumes”, como ocorrem em práticas de prostituição, sadomasoquismo, comércio de órgãos, utilização de partes do corpo em rituais religiosos e outros, o Estado veta a autonomia do sujeito, mesmo que não haja qualquer dano a outrem, desconsiderando a pluralidade de valores e utilizando como justificativa a necessidade de proteger os interesses dos outros membros da sociedade²⁶. Contra a prerrogativa estatal, pode-se postular que o corpo não é objeto de propriedade, mas um elemento da personalidade que pode, inclusive, ser utilizado como forma de expressão cultural, política, como é o caso dos *bodyart* e que a previsão legal dos direitos da personalidade dignifica o homem, e não o contrário, como o que é observado nas práticas citadas. Todavia onde está o limite do cerceamento do direito? Em que momento o Estado deve substituir a autodeterminação e autonomia da vontade privada por uma tutela que impeça ao indivíduo dispor do seu corpo, ou ainda, dele mesmo? O que se pensa acerca das formas menos ortodoxas e socialmente aceitas da disposição sobre o próprio corpo como alterações da forma e do crescimento dos ossos (através de ginástica, contorcionismo e do alongamento ou técnicas cirúrgicas) ou da cintura feminina por uso de amarras, espartilhos e cinturões, ou pela retirada cirúrgica de costelas? O que se acha de práticas como o uso de adereços de ferro pesados no pescoço, nos braços e pés, o bronzamento, as marcas feitas com ferro quente (queimaduras) ou as perfurações e tatuagens por todo o corpo, conhecidas por *body modification*?

²⁶ NETO, Luisa. Ética e autonomia da vontade no campo da saúde. R. Dir. sanit., v.17, n.2, p. 93-97, 2016.

Refletindo sobre uma situação emergente: modificação corporal e amputação por escolha

“Apesar da prática de modificação corporal ser uma expressão comum da identidade, presente em diversas culturas e grupos sociais, não são claros os limites entre a livre disposição do corpo como projeção do desenvolvimento da personalidade e identidade e a sua mutilação como ato patológico”²⁷. É sabido que diversas motivações podem produzir o desejo de modificação corporal: cunho religioso, estético, social, artístico, cultural, todas certamente estão incluídas na possibilidade de expressão de um sujeito de Direito autônomo. Já que o Estado não pode prever abstratamente, mesmo que tente, todas as situações e causas que podem levar às situações jurídicas, concede à própria pessoa, através da autonomia, o poder de viver sob suas próprias regras. Mas o que dizer quando as regras que você *a priori* não criou permitem que as pessoas, mediante as suas práticas sociais, façam aquilo que você acha imoral, deletério ou contra os “bons costumes”? Quando a modificação invade o cotidiano com ações inimagináveis como se tornar um homem-leão ou um homem-lagarto? Pode este indivíduo dispor de seu próprio corpo?

Alvarenga, 2010, em seu trabalho detalhadamente realizado acerca dos casos de *body modification*, pontua que: “as alterações corporais revelam, portanto, a exaltação da personalidade, garantindo a coexistência harmônica entre as esferas física e psíquica dos seus adeptos”²⁸. Logo, a autonomia para dispor ou não do próprio corpo por motivo de construção

²⁷ VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*, vol. 19, n.1, p. 87, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 jul, 2019.

²⁸ ALVARENGA, Luisa de Mello. **Atos de disposição sobre o próprio corpo: o caso de *body modification***. Monografia (Direito). Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ, 2010. p. 45.

de identidade ou por outras escolhas existenciais em matéria de saúde é direito personalíssimo²⁹. Como poderia o Estado intervir e regular comportamentos que não trazem qualquer mal a outros indivíduos, membros da sociedade, exceto a diferença de compreensão estética? Por que se poderia modificar o corpo ampliando seios e glúteos com silicone e não se poderia cortar a língua como a de um lagarto ou tatuar-se como um leão? Alvarenga entende que a repressão a *body modification* seria uma atitude autoritária e, portanto, incompatível com as diretrizes do nosso ordenamento constitucional democrático e pluralista, que deveria respeitar o exercício da autonomia corporal, promovendo, assim, a personalidade e a criação de uma identidade pessoal.

Mas, se no caso no caso da modificação corporal há estranheza, entretanto não há justificativa ou argumentação satisfatória, que autorize a intervenção estatal na vida privada, o que se pode avaliar acerca dos *wannabes*³⁰, ou seja pessoas que possuem irresistível vontade de amputar algum dos seus membros, pelo desconforto de não verem a correspondência do seu corpo com a sua verdadeira identidade? Pode se caracterizar os casos de amputação por escolha como suscetíveis de intervenção do Estado? Qual seria a sustentação para esta intervenção na vida privada dos indivíduos, já que não trazem malefícios a outros?

A prática da amputação por escolha tem sido associada à doença psiquiátrica e não compreendida como livre exercício da autonomia. A grande dificuldade está em se reconhecer se há, realmente, a possibilidade de estabelecer um limite entre o normal e o patológico no caso, em virtude

²⁹ SAMPAIO, Carolina Vasques; MENEZES Joyceane Bezerra de. Autonomia da pessoa com deficiência e os atos de disposição do próprio corpo. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 18, n. 1, p. 133-157, 2018.

³⁰ OLIVEIRA, Thais Izidoro. Fenômeno da modificação corporal em face aos limites da integridade física no Direito brasileiro. **Lex Doutrina**. Disponível em: www.lex.com.br/doutrina/26039927_fenomeno_da_modificacao_corporal_em_face_ aos_limites_da_integridade_fisica_no_direito_brasileiro.aspx. Acesso em: 3 jul 2019.

do indivíduo ter a compulsão pela amputação de um membro específico de seu corpo; e se, proibindo a amputação, não se estaria tolhendo o exercício da autonomia, e mais ainda, impedindo a vida feliz de alguém, que não apresenta qualquer outro sintoma que seja indicativo de doença. Há ainda a questão de realização do procedimento como automutilação, o que gera complicações e consequências graves à saúde. Pode-se pensar, também, acerca de impedir a amputação, pois diante da diminuição da integridade física, os *wannabes* se tornariam deficientes físicos, onerando o Estado e, por conseguinte a comunidade com despesas médicas, medicamentos, próteses ou mesmo aposentadorias diferenciadas³¹.

É importante neste momento lançar mão do que se tem em termos médicos acerca do assunto, a fim de contribuir para a construção de uma visão mais ampliada de um problema complexo, com vistas a pensar uma solução dentro da razoabilidade. É claro que sempre há o risco de enquadrar como doença, ou melhor como doentes, aqueles que não se acham dentro dos parâmetros do comum ou do “normal”. Não é possível esquecer de situações em que o Estado permitiu a realização ou fomentou situações consideradas tenebrosas, como quando do Nazismo ou mesmo do holocausto brasileiro em Barbacena, em que os diferentes eram considerados doentes, dispensáveis, fora da atenção do Direito, matáveis, por serem tratados como mera *zōē*³², como apresentado por Agamben, em seu projeto *Homo Sacer*³³. Como bem colocado por Chauvenett:

³¹ BERALDO, Anna de Moraes Salles. Ponderações constitucionais sobre a autonomia psicofísica. **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://civilistica.com/ponderacoes-constitucionais-sobre-a-autonomia-psicofisica/>>. Data de acesso em: 7 jul, 2019.

³² A distinção entre bios e zoe, de origem aristotélica, elegantemente trabalhada por Giorgio Agamben, chamou antes a atenção de Michel Foucault: “Por milênios, o homem permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivente e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal em cuja política está em questão a sua vida de ser vivente” (p. 134). FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. 16ª ed. São Paulo: Graal, 2005.

³³ O projeto citado consta da trajetória acadêmica do autor Giorgio Agamben e consiste

Tudo o que diz respeito aos estados do corpo coloca em jogo as relações sociais e o simbolismo da sociedade a doença, como outras adversidades, pode estar em relação direta com uma perturbação ou uma ruptura da ordem social. Ela é então a sanção de uma infração moral e de um delito. Assim, a doença pode ser a marca da lei no corpo.³⁴

Assim, fica claro, pensando com o autor, que a “função desempenhada pelo corpo na sociedade é um fato cultural muito variável. O objeto desta função pode ser o sistema de representações simbólicas, nas quais o corpo pode ocupar um lugar central ou marginal, ou então a lei das relações sociais”.

Neste caso a doença seria a apotemnofilia, um transtorno de identidade de integridade corporal, que faz com que haja a percepção que a amputação de parte do corpo, que não é identificada como própria, poderá fazer com que se reconciliem com sua imagem física³⁵. O termo foi criado por John Money, que descreveu o caso de duas pessoas que se excitavam sexualmente com a ideia de ser amputadas, em 1977, e desde, então se tem tentado encaixar o quadro como um transtorno dismórfico corporal³⁶. Contudo, há ainda grande discordância em considerar a apotemnofilia como a mesma entidade nosológica quando está destituída do componente de desejo sexual por amputados e, isoladamente, se vê o desejo individual de autoamputação, levando a consideração que este não

numa série de obras que aprofundam a discussão acerca do Estado Democrático de Direito, do Estado de Exceção e da vida como bios e zoe. A primeira, bios, é vida política, na pólis, qualificada e coletiva; a segunda, zoe, é a existência vital, meramente orgânica, sem linguagem, sem comunidade, presente em todos os seres vivos.

³⁴ CHAUVENETT, Antoinette. A lei e o corpo. *Physis*, vol.1, n.1, p.13-48, 1991.

³⁵ BOTTINI, Gabriella; BRÜGGER, P; SEDDA, Anna. Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID. *Neurocase*, v. 21, n. 3, p. 394-402, 2015.

³⁶ HORTA, Maurício. Amputados Por Opção – 4 é demais. **Revista Super Interessante**. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/amputados-por-opcao-4-e-demais/>. Acesso em 3 jul, 2019.

é um rótulo apropriado, propondo-se o termo transtorno de identidade de integridade corporal, já que nestes casos o componente sexual não desempenha um papel principal³⁷.

Doença ou não, o que o Estado e o que o Direito deverão fazer? Considerando que os cuidados que levem a danos ou conseqüências à saúde podem ser pensados no âmbito dos princípios e correntes da Bioética³⁸, buscando respostas provisórias, que minimizem o sofrimento daqueles que se encontram nesta situação, num exercício de diálogo e avaliação da complexidade da situação, pondera-se se a reflexão bioética não poderá auxiliar nesta complicada questão.

5. A interferência estatal – o paternalismo jurídico

A fonte da justificativa da intervenção estatal na autonomia privada, nas questões do próprio corpo, vida ou bem-estar está no paternalismo jurídico, uma regra não escrita, mas aplicável pelo Direito. Paternalismo, na definição de Gerald Dworkin³⁹ “é a interferência com a liberdade de ação que se justifica por razões concernentes ao bem-estar, à felicidade, às necessidades, aos interesses ou aos valores da pessoa ou pessoas coagidas”. São três, em princípio, os seus elementos: a interferência com a liberdade de ação de uma pessoa, a coerção e a presença ou ausência de consentimento. Segundo Lucas, 2005, esta é a origem da tradição política paternalista que desembocará na teoria da

³⁷ SEDDA, Anna; BOTTIN, Gabriella Apotemnophilia, body integrity identity disorder or xenomelia? Psychiatric and neurologic etiologies face each other. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, p. 1255–1265, 2014.

³⁸ VIEIRA, Marcelo de Mello; ASSIS, Bráulio Lopes de. Autonomia privada e disposição do próprio corpo: apotemnófilia em debate. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 2, n. 1, p. 43-58, 2015.

³⁹ Este mesmo texto é citado em vários autores que discorrem sobre o tema tais como GARZÓN VALDÉS, Ernesto. Sobre el paternalismo. p.155. DIETERLEN, 2005, p.178. DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. p.401. CAMPS, Victoria. Paternalismo y bien común... p.197.

razão do Estado própria do absolutismo: o povo é ignorante e doente, deve estar indefeso ante o governante, que conhece e que cura ainda que a medicina seja dolorosa (veneno – que arde, mas sara) ao contrário dos desejos do enfermo, e por isso é necessário que seja enganado. Reside esta justificação numa argumentação fortemente antidemocrática.⁴⁰

John Stuart Mill, em *On Liberty*, de maneira radical, afirmava que existia um princípio muito simples que regia de maneira absoluta as relações da sociedade com o indivíduo, no que diz respeito à coerção e ao controle e que permitia que a humanidade se intrometesse na liberdade de ação de qualquer de seus membros: a própria autoproteção. A única finalidade dessa permissão é evitar que prejudique aos demais. O próprio bem físico ou moral do indivíduo cerceado em sua liberdade não é justificação suficiente. Continua o filósofo: “Ninguém pode ser obrigado a realizar ou não realizar determinados atos porque isso é melhor para ele, porque o faria mais feliz, porque na opinião dos demais, fazê-lo seria mais sábio ou correto”.⁴¹ O caráter radical desta proposição vem da não admissão de um meio termo.

Em oposição diametral a esse entendimento de Stuart Mill estão as justificativas éticas dadas pelo princípio do dano a terceiros e o princípio da beneficência. O paternalismo jurídico sustenta que sempre há uma boa razão em favor de uma proibição ou mandato jurídico, mesmo contra a vontade do destinatário, quando para evitar dano (físico, psíquico ou econômico) à pessoa a quem se impõe a medida⁴². Assim, em alguma

⁴⁰ LUCAS, Javier de. sobre el origen de la justificación paternalista del poder em la antigüedad clásica. **DOXA**. Revista de filosofía del derecho. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Madrid, nº5, 1988. p.243-249. Disponível em: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12471730982570739687891/> Acesso em 12/01/2005.

⁴¹ MILL, John Stuart. **De la liberté**. 1859. Tradução de Laurence Lenglet (1860). Université du Québec à Chicoutimi. Canadá: Edição eletrônica. Disponível em: <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index/htm>.

⁴² Há uma coletânea de exemplos na vida jurídica, como o uso obrigatório de capacete para

medida o paternalismo, representado pela intervenção estatal nos atos da vida sobre o próprio corpo, poderia ser justificado toda vez que, mais que a intenção, proporcionar um bem maior à pessoa que tem sua decisão interferida (princípio da beneficência). A questão que fica é se o princípio da beneficência pretendido (ou do dano a terceiro) não se baseie em presunções gerais e, mesmo em casos específicos, se essa presunção puder se demonstrar falsa, já que não conhecemos inteiramente os interesses de cada um.

Não parece restar dúvidas de que o exercício da intervenção alegando o princípio da beneficência diminui, em grande medida, o respeito à autonomia. Ao se aplicar uma regra de presunção geral diminuimos também a diversidade cultural, conduzindo a uma forma de servidão do indivíduo, algo inaceitável para Immanuel Kant, que via no sujeito sempre um fim em si mesmo e jamais um mero meio.

O embate que se dá entre a razão geral e a razão particular ou específica é marcante quando da análise de tais situações. De um lado, o senso comum daquilo que seria o melhor para todas as pessoas e, de outro, o senso particular, específico e único, expressão máxima de uma individualidade, aquilo que nos distingue das demais pessoas. Os direitos de personalidade evoluíram e tem se apresentado em novas percepções sendo que, algumas delas, bastantes inovadoras, encontram um pensamento social refratário a determinadas manifestações, especialmente àquelas que concernem ao próprio corpo. A aceitação dessas manifestações costuma demorar um tempo de acomodação da ideia na sociedade. Assim, são possíveis várias cirurgias estéticas, mas outras não.

motociclistas (art. 54 e 244) e do cinto de segurança para motoristas (art. 65 e 167) todos do Código de Trânsito Nacional; a obrigatoriedade do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT); as disposições sobre incapacidade jurídica de maiores; a proibição de venda de medicamentos sem receita médica; a proibição de jogos de azar e a vacinação obrigatória das crianças.

Da mesma forma, as tatuagens demoraram até serem aceitas como algo corriqueiro. Esta atitude, de distinguir o que pode e o que não pode ser feito, nos parece uma afronta ao princípio da igualdade: pode ser feito com o seu corpo aquilo que a sociedade aceita (razão geral) mas não poderá aquilo que a sociedade ainda não aceita (razão particular).

Autonomia, beneficência & bioética da proteção: uma proposta

Toda atividade relacionada com atos de disposição e dever de cuidado com o ser humano em sua integridade física deve ser balizado pelos princípios bioéticos, sendo eles: a autonomia, que traduz a ideia de respeito ao paciente; a beneficência, que traz à tona o fato de apenas beneficiar o enfermo; a não maleficência, em que não deve haver dano intencional ao paciente ou, ainda que se não se pode evitar que se reduza ao máximo os danos; e a justiça, que traduz a divisão imparcial de recursos, ou melhor dizendo, a equidade na distribuição. Tais princípios são diretrizes de atuação e estão dentro da Corrente Principlista da Bioética, muito conhecida por profissionais da área da saúde⁴³. Nenhum deles é superior ao outro; nenhum deles é absoluto, são *prima facie*, o que nos coloca na situação possível de valorizar a cada caso concreto o princípio que mais se adequa. Neste caso específico o princípio do respeito à autonomia da pessoa soa como o mais apropriado a auxiliar à resposta mais adequada, mesmo que temporária à questão. Se o indivíduo tem gerência sobre a sua própria vida, não onerando o Estado ou a outrem com as suas questões relacionadas à amputação, por que deveria o Estado impedi-lo de buscar a sua felicidade? Neste momento a autonomia não

⁴³ REGO, Sergio; PALACIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais da saúde**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

deverá suplantar a beneficência, permitindo que a pessoa tenha o exercício pleno de sua dignidade? Por outro lado, se há uma enfermidade que leve o indivíduo a desejar sua amputação, o exercício da autonomia neste caso é pleno? Não seria este um sujeito vulnerado, onde a aplicação da Bioética da proteção seria o mais adequado cuidado? Não poderíamos estabelecer a interface entre Bioética e Direito a ponderar os pesos como proposto por Dworkin, visto que é o Direito uma prática social interpretativa, e por conseguinte deve promover segundo os princípios das comunidades morais democráticas e solidárias uma resposta melhor possível, satisfatória para a resolução de cada caso, fácil ou difícil, em uma perspectiva inserida na cultura dos argumentos⁴⁴.

Sopesar princípios, ponderar riscos e benefícios, proteger como proposto por Kottow, ou Schramm, quando diante da vulneração e da diminuição da autonomia de sujeitos por diversificadas causas seria uma solução? Talvez. Mas, ainda sem respostas, mantém-se a pergunta: cabe ao Estado intervir na autonomia dos indivíduos se não há visíveis danos à comunidade ou ao próprio indivíduo, regulando suas práticas de forma a coibir suas vontades individuais, sua autonomia privada? Essa violenta intervenção na vida privada do indivíduo não funcionaria como um ataque à dignidade da pessoa humana, à individualidade, à intimidade e à privacidade?

Não caberia ao Estado coibir ações como as *body modification*, mas, sim, proteger as pessoas com capacidade jurídica reduzida, bem como o próprio processo em si, impedindo resultados diferentes dos pretendidos pela parte. É necessário ter em mente que a aceitação das ações de *body modification* está inserida no processo de evolução dos direitos de personalidade, projeções que são do fundamento da dignidade da pessoa

⁴⁴ BARBOSA, Evandro. A concepção de dignidade humana em Ronald Dworkin: um problema de ética prática. **Revista de Filosofia** v.13, n.1, p. 306-316, 2016.

humana. Estes direitos não existiram sempre, mas são percebidos a partir de um determinado estágio de evolução social e fazem parte do nosso caminho de evolução como país democrático.

Reconhecer a pessoa e a autonomia sobre seu corpo como expressões de sua individualidade é, também, um distanciamento de formas de governos autocráticos. Protegê-las, é o fundamento ético da democracia.

REFLEXÕES BIOÉTICAS NA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Elen C. Carvalho Nascimento

O ‘tornar-se máquina’ é um eixo transformador que abre a divisão entre humanos e circuitos tecnológicos, introduzindo bio-relações tecnologicamente mediadas como a base de constituição do sujeito.

Rosi Braidotti

INTRODUÇÃO

A emergência de novas tecnologias e a sua disponibilidade para um número cada vez maior de pessoas em todo planeta tem sugerido que estamos diante de uma nova condição humana, considerando-se as modificações no corpo biológico humano, através de dispositivos físicos, como órgãos artificiais e implantes, até, em um sentido mais amplo, a relação de co-dependência estabelecida com objetos técnicos tais como um simples telefone celular.

O corpo humano vem se reorganizando através de dispositivos utilizados para fins de monitoramento em condições de saúde que exigem atenção, como o uso de implantes contraceptivos, marca-passos, braços, mãos e pernas biônicas. A era ciborgue¹ surpreende quando os questionamentos sobre o corpo biológico atravessam a identidade do que é o humano e, assim surgem os que se denominam *biohackers*, implantando

¹ “Um ciborgue é um organismo cibernético, um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social e também uma criatura de ficção.” (HARAWAY, D. Manifesto ciborgue. **Antropologia do ciborgue**. Belo Horizonte: Autêntica. 2000. p. 36)

chips eletrônicos no corpo e os “amputados por escolha”, que preferem pernas biônicas às de carne e osso.

A primeira questão colocada para refletir a emergência destes fenômenos é entender como se dá a relação humano-máquina, ou na terminologia atual, a interação humano-computador, desde uma perspectiva onde natureza e cultura ocupam o mesmo corpo, um corpo que racionaliza na mesma medida que sente, um corpo que não somente é modificado pela natureza, como também o é pela sua cultura.

O corpo atravessado pelas tecnologias de fibra ótica, ondas eletromagnéticas, ruídos constantes provenientes das centenas de dispositivos permanentemente ligados no seu entorno, carece de respostas em territórios onde a ciência continua sem total compreensão. A matéria, em seu nível subatômico, é suscetível à mudanças, sendo inconclusivo, o entendimento sobre o impacto das tecnologias no corpo físico.

A Inteligência Artificial (IA) é um tema amplo que dialoga com diversos campos do conhecimento, da computação à filosofia, da linguística à neurociência.

A começar pela definição de inteligência e do que é artificial, já que são conceitos da epistemologia moderna, que não atendem mais os questionamentos do pensamento contemporâneo.

Inteligência, dentro da concepção cartesiana, é a definição do que se entende por racionalidade, seria a capacidade exclusiva humana de pensar, planejar, aprender, estabelecer conexões lógicas e criar. Embora a ciência contemporânea tenha produzido uma série de evidências que enfraquecem a visão antropocêntrica de mundo, o humano como centro e referência para compreensão e análise dos fenômenos permanece na base do conhecimento que inspira e conduz, em metodologia, os mais variados projetos científicos.

Críticas à “evidências científicas” produzidas de modo, consciente

ou inconscientemente, tendencioso, vêm sendo feitas², enquanto pesquisas demonstrando que não apenas humanos possuem capacidades de pensar, organizar conhecimento, aprender, e assim por diante, não se mostram ainda suficientes para mudar as conduções metodológicas formais aplicadas à pesquisa.

Assim, a *Inteligência Artificial* (IA) é um modelo em construção que se desenvolve em um contexto de dissonância entre conhecimentos atualizados e percepções muito antigas. A IA busca ser a imagem e semelhança do que se entende por inteligência humana e o seu maior desafio é reproduzir a consciência, esta sim, um tema de estudo que na Neurociência, pode ser considerada uma propriedade exclusivamente humana, mas apenas se levarmos em consideração que sua definição está demarcada pela compreensão e respostas da mente a símbolos, significados, linguagens, referentes à cultura onde esta mente está inserida³. Para os que reivindicam ser a consciência um atributo geral do existir, ela então não será exclusivamente humana, desde que não nos é possível conhecer todas as formas de linguagem e homeostase que outros seres produzem de modo a estarem presentes no ambiente.

O estudo da IA abre as fronteiras dos conhecimentos fechados em territórios muito demarcados e coloca desafios na sua compreensão através de visões amplas, capazes de conjugar estruturas do saber de distintas áreas.

² Para uma crítica de uma biologia tradicional que produziu evidências científicas baseada no antropocentrismo, machismo, racismo e especismo, cf DONNA J. HARAWAY. **Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature**. New York: Routledge, 1991.

³ Neste caso, a definição de consciência baseia-se nos estudos de DAMASIO, A. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si**. Editora Companhia das Letras: São Paulo. 2015.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Os computadores são criações da nossa mente, mas se pudessem se reproduzir e se desenvolver com autonomia, poderiam ganhar vantagem sobre nós na luta pela sobrevivência, livres dos limites biológicos da seleção natural.⁴

Com a pergunta “Podem as máquinas pensar?”, o matemático Alan Turing propôs o ‘jogo da imitação’⁵ demonstrando que, porque nós humanos nos organizamos por convenções, categorias, padrões, é possível fazer com que a máquina simule estar pensando, em um jogo de perguntas e respostas. Ele argumenta que também os humanos simulam (ou podem simular), através de comportamentos, ser o que não são. Ou seja, que é possível simular inteligência, assim como seriedade, elegância, entre tantas categorias de classificação, através das respostas certas e dos elementos combinatórios a estas respostas.

Sendo assim, a pergunta “podem as máquinas pensar?”, se volta para o problema: como pensam os humanos? A pergunta leva para a questão não menos emblemática, que é a do entendimento da consciência: o que faz humanos organizarem o mundo em imagens, símbolos, conceitos, regras, de modo a lhes dar a consciência dos eventos vividos e lhes preparar para as respostas e ações que precisam tomar ao longo da vida?

As máquinas são concebidas e fabricadas a partir de uma ideia sobre o que se espera delas, assim como os códigos computacionais são programados para atender determinadas tarefas.

⁴ ROSA, Luiz Pinguelli. Introdução ao Problema da Inteligência Artificial e da Mente: Discussão de Textos Básicos e a Polêmica sobre o Modelo Quântico de Penrose. PORTUGAL, L. P. R. N. J. R. M. V. (Org.). **A Transdisciplinaridade da Consciência: Artigos do Encontro Internacional Transdisciplinar da Consciência**. Rio de Janeiro: Edite, 2018. p. 51

⁵ TURING, Alan M. **Computing machinery and intelligence**. Mind, v. 59, n. 236, 1950. Disponível em: <<https://www.csee.umbc.edu/courses/471/papers/turing.pdf>>.

Façamos então um teste que exemplifica o ‘estado da arte’ da IA atualmente: recorro ao telefone celular, e pergunto Siri⁶ o que é Inteligência Artificial. Sua voz responde, na linguagem e timbre que elegi nas configurações, com a opção de abrir a página da *Wiki* sobre o assunto. Ela me informa que IA é a inteligência da máquina que procura imitar o atributo cognitivo da inteligência humana. Apenas esta breve definição já pode nos levar à pergunta sobre qual conceito trabalharemos para compreender o que é inteligência, e o que constitui o humano.

Consideremos, portanto:

- Que a ideia de que as máquinas podem pensar como humanos vêm sendo debatida há mais de meio século, desde a notável contribuição do cientista da computação Alan Turing⁷;
- Que, se a própria definição de inteligência não é consensual, elegemos a definição que a resume como uma capacidade biopsicossocial de processar informação, solucionar problemas e criar produtos de valor para a cultura⁸;
- Que, se o que era considerado inteligência artificial cinco anos atrás hoje é apenas visto como operações mais arrojadas de cálculos estatísticos, é porque trata-se de um campo de pesquisa que avança rapidamente, sendo um alvo em movimento onde a interpretação se sobrepõe à definição⁹.

⁶ Siri é a IA, assistente virtual da Apple, que proporciona ao usuário comunicar-se por voz e solicitar auxílio para abrir qualquer informação presente no dispositivo: agenda, aplicativos, enviar mensagens, pesquisar na web, entre outros.

⁷ ANDREAS KAPLAN, Michael Haenlein. *Siri, Siri, in my hand: Who's the fairest in the land? On the interpretations, illustrations, and implications of artificial intelligence*. Business Horizons, 2018.

⁸ GARDNER, Howard E. **Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century**. New York: Basic Books, 1999.

⁹ “AI is itself a moving target and more an issue of interpretation than definition.” (ANDREAS KAPLAN, Michael Haenlein. *Siri, Siri, in my hand: Who's the fairest in the land? On the interpretations, illustrations, and implications of artificial intelligence*. Business Horizons, 2018. p.22).

Todavia, os pesquisadores vêm se empenhando em categorizar os tipos de IA¹⁰, fato que proporciona melhor entendimento de suas funções, aplicações e metas de desenvolvimento. As figuras disponíveis no Apêndice demonstram os estágios de desenvolvimento dentro de uma perspectiva temporal (“*Figure 1*”), os tipos de sistema de acordo com os seus atributos (“*Figure 2*”), e as aplicações dos modelos de IA de acordo com a “clientela” (“*Table 1*”), ou seja, o que a IA pode oferecer para instituições, tais quais Universidades ou órgãos governamentais, e para as empresas privadas.

Considerando-se como de primeira geração, a “inteligência artificial estreita” (ANI), voltada para tarefas específicas, que podem ir da identificação facial aos veículos autônomos, possui um amplo alcance, sendo praticamente ubíqua; classificada como de segunda geração, a “inteligência artificial geral” (AGI) é voltada para o planejamento e solução de problemas de maneira autônoma. E, finalmente, a terceira geração, a “inteligência artificial avançada” (ASI), é um plano que até o presente momento está apenas concretizado em obras de ficção científica, sendo esta uma “superinteligência” dotada de atributos cognitivos humanos.

Devido ao vasto campo de aplicação para os sistemas computacionais, onde se busca acoplar processos de aprendizado de máquina, seja para aprimorar ou facilitar o uso das tecnologias, não existe um parecer ético único sobre a IA, mas sim um debate aberto sobre sua eficiência e possíveis consequências, a depender do seu campo de atuação.

Desse modo, enquanto para os humanos, valores e emoções possam muitas vezes conflitar, a IA responderá a partir do seu aprendizado de máquina e dos dados disponíveis, assim como a partir do

¹⁰ As definições de IA podem ser separadas entre “IA Forte” e “IA Fraca”, enquanto mais recentemente estão sendo também utilizadas as nomenclaturas apresentadas neste texto.

que foi priorizado no modelo, como valor, conceito e entendimento, camada por camada, na arquitetura do código computacional. Toda informação embutida no aprendizado da IA irá compor seus processos decisórios e, dentro da concepção de racionalidade moderna, ausência de emoção é uma “vantagem competitiva” quando a meta ideal é uma razão pura, livre de influências egoístas ou altruístas, em suma, uma mente livre das distrações do corpo.

Exemplificando: um drone programado para soltar bombas em território de guerra, pode decidir não fazê-lo por ter acesso à uma ampla base de dados que informa, em segundos, que determinada área é residencial, com crianças, idosos, etc. Um soldado, em situação de estresse tanto poderia não ter condições de acessar tais informações, como também poderia não se importar. Se a máquina está programada para atender requisitos éticos e legais será eficiente em salvar vidas, mas, caso não exista este valor programado no código, o soldado, por outro lado, poderá, por sentimentos de empatia, poupar vidas. Este é um exemplo de situação-limite, porém, considerando-se parâmetros éticos baseados em direitos humanos universais, milhares de cientistas no mundo vêm se colocando contra programar uma IA para matar, ou seja, contra a produção de máquinas de guerra¹¹ dotadas de tecnologia de ponta, já que são oriundas da pesquisa motivada para o melhoramento da qualidade de vida humana. Em outras palavras, se nanorobôs são projetados para realizarem operações cirúrgicas delicadas e solucionar problemas de saúde, não é aceitável que esta mesma tecnologia seja adaptada em outro contexto, para perseguir e matar pessoas utilizando dados de reconhecimento facial e GPS, por exemplo.

11 SAMPLE, Ian. **Thousands of leading AI researchers sign pledge against killer robots.** The Guardian, 18 Jul 2018. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/science/2018/jul/18/thousands-of-scientists-pledge-not-to-help-build-killer-ai-robots>>.

Na área da saúde, os modelos preditivos de IA são comumente vistos com um entusiasmo que ofusca as imprecisões e problemas advindos¹², não apenas por carências técnicas (ter os conhecimentos e soluções disponíveis para cumprir as metas), ou logísticas (dispor dos materiais e informações necessárias), mas, também, quanto à qualidade da informação e seus conteúdos estarem, ou não, cumprindo com os parâmetros aceitáveis para predições acuradas. Estas são questões que agora passam a ser revistas com novas leis de proteção relacionadas ao uso de dados, fatos que têm se tornado tema de debates entre pesquisadores europeus, resultando em relatórios como “Quando os Computadores Decidem”, onde são levantadas considerações técnicas, éticas, legais, econômicas, sociais sobre o tema, indicando a necessidade de uma educação interdisciplinar e do fomento à pesquisa que venha a contribuir com formação de bases de dados colhidos dentro dos parâmetros éticos estabelecidos pela comunidade¹³.

Quando se avalia um modelo preditivo, o problema está precisamente no que vai ser entendido como uma “representação cognitiva do mundo”, no caso, por exemplo, de uma IA Analítica¹⁴. Um sistema especialista¹⁵ para detectar fraude em uma operação financeira poderá ser eficiente e não apresentar problemas éticos, enquanto um reconhecimento de imagens envolvendo humanos poderá ser suscetível a erros e preconceitos que poderão impactar e causar danos. Com a adição

¹² MALVAR, Rico. **Inteligência Artificial na Saúde Irá Muito Além de Robôs**. Uol Tecnologia, 1 Out 2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/tecnologia/colunas/rico-malvar/2018/10/01/inteligencia-artificial-na-saude-ira-muito-alem-de-robos.htm>>.

¹³ **When Computers Decide: European Recommendations on Machine-Learned Automated Decision Making**. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <<https://www.acm.org/binaries/content/assets/public-policy/ie-euacm-adm-report-2018.pdf>>.

¹⁴ Ver na Figura 2, no Apêndice, “Analytical AI”.

¹⁵ Sistema especialista é uma IA treinada para tarefas específicas.

da “inteligência emocional” à IA¹⁶, esta poderá auxiliar estudantes com problemas, no plano educacional, mas poderá também causar transtornos jurídicos se existir uma correlação entre determinada emoção e a propensão em cometer um crime, por exemplo. Não apenas isto, mas para detectar que o estudante “está com problemas” é necessário um monitoramento contínuo, que se dará principalmente através de reconhecimento facial nas câmeras de segurança da instituição. Neste caso dois problemas se apresentam de imediato: é correto promover este monitoramento contínuo, ou é uma invasão de privacidade? E o segundo problema é: e se houverem falhas na interpretação, quais são as consequências e para quem?

Quanto mais “humanizada” a IA, mais se torna necessário entender o humano: como, por exemplo, se organizam as categorias de tipos psíquicos? É ético que uma IA separe pessoas de acordo com estereótipos pré-definidos, ou isto pode fazer com que as pessoas venham a sofrer por estarem sendo adequadas a um conjunto de informações definidas por (pré) conceitos? O estudo da IA e suas implicações éticas, vêm, portanto, fazer refletir sobre os aspectos mais profundos do atributo preditivo da consciência humana, onde o cérebro é um *hardware* potente e a mente um *software* que funciona em rede de trocas contínuas de informação que sempre tenderá a adequar os fenômenos observados aos modelos que já estão armazenados em sua memória.

Um exemplo onde um resultado inesperado no reconhecimento de imagem por redes neurais pode não ter uma explicação pronta do sistema, mas ao mesmo tempo indica que o comportamento adotado não é exatamente “ingênuo”, ou neutro, como poderia aparentar, está presente

¹⁶ A “inteligência emocional” (*emotional intelligence*), neste caso, é a capacidade da máquina identificar o estado emocional das pessoas, principalmente através das imagens captadas em tempo real.

em um experimento do *Google Inception Project*¹⁷. No caso de reconhecimento de imagens de halteres os engenheiros perceberam a falha de eles sempre aparecerem, não como objetos em separado, mas com os braços e mãos, indicando sua função. Enquanto, neste caso, atrelar um objeto a uma determinada função, na sua relação com o corpo, pode parecer “inofensivo”, se estes mesmos parâmetros de aprendizado forem utilizados para "categorizar" humanos a partir de certas relações isto tende a ser problemático. Sugere-se, portanto, observar que, se existe uma crença cega na neutralidade da técnica, e que, se a prova de eficiência dos sistemas computacionais é mostrar resultados, vale refletir que, para toda cadeia produtiva de mercado relacionada ao desenvolvimento de tais tecnologias é mais simples crer que os dados, assim como as estatísticas, são fatos, e que as decisões dos algoritmos não devem, ou não precisam ser questionadas.

Dentro dos problemas éticos já identificados em sistemas de tecnologia da informação que são fonte de funcionamento de uma IA, a reutilização de informações de bases de dados diversas para o aprendizado de máquina naturaliza os preconceitos embutidos nestes dados. Por exemplo, se uma grande empresa decide criar um sistema preditivo de seleção para novos funcionários baseado no histórico de empregados de sucesso nesta empresa, em períodos anteriores, para então, a partir destes dados contratarem novos funcionários, à primeira vista o que parece simples e mesmo lógico, deixa passar o que está implícito na equação: se, as oportunidades, para admissão e promoção dentro da empresa eram maiores (ou exclusivas) para homens, brancos, de determinada faixa etária, advindos de escolas e universidades de maior reputação, etc., o modelo de

¹⁷ LEAHU, Lucian. *Ontological Surprises: A Relational Perspective on Machine Learning*. 2016, [S.l: s.n.], 2016.

filtragem para futuros candidatos tenderá a seguir o mesmo padrão. Dessa maneira, mesmo que nenhum dos profissionais envolvidos nestes tipos de projetos venham a se dar conta, estarão reproduzindo, através de um “sistema inteligente”, preconceitos antigos que não foram suficientemente revistos e combatidos. Os candidatos considerados mais 'aptos' ao cargo, indicado pelo sistema categorizado como de “Inteligência Artificial”, dificilmente incluirá mulheres, assim como homens, de diversas etnias e status social¹⁸. E ainda, o reuso de dados faz com que, uma vez pronta a aplicação, outras empresas que não queiram, ou não possam, investir em novas pesquisas para criar o seu próprio modelo, venham a utilizar este mesmo *software*, ou a sua base de dados, para os mesmos fins, e deste modo, se já há um preconceito embutido, ele será replicado e naturalizado pelo uso de tais sistemas no mercado. Por este motivo os questionamentos em relação à arquitetura do código e da necessidade de transparência para explicação dos resultados através de auditoria, revisão, acesso à informação, vêm sendo demandas sociais apoiadas por especialistas das diversas áreas envolvidas.

Observa-se que, se os algoritmos são um planejamento embutido em códigos¹⁹, eles representam práticas individuais e sociais que nem sempre refletem os parâmetros éticos estabelecidos pelo contrato social representado em documentos tais como a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Independentemente das especificidades das diversas culturas no mundo, territorialmente novas regulamentações como a **GDPR**²⁰ da União Européia demanda o acesso à informação, direito à

¹⁸ O exemplo foi citado pela matemática Cathy O'Neil, em: **The era of blind faith in big data must end**. Disponível em: <https://youtu.be/_2u_eHHzRto>. Acesso em: 12 dez 2018.

¹⁹ O'NEIL, Cathy. **Weapons of math destruction: how big data increases inequality and threatens democracy**. New York: Crown, 2016, p. 24-25.

²⁰ General Data Protection Regulation (GDPR) é a Lei Geral de Proteção de Dados aprovada pelo Parlamento Europeu, criada em 14/04/2016 e implementada em 25/05/2018.

explicação e abertura do conhecimento sobre a arquitetura do código computacional e suas fórmulas para atingirem determinados resultados.

Leis de proteção relacionadas ao conhecimento dos dados e explicação das decisões automatizadas como a **GDPR** pressionam para mudanças bastante significativas na maneira de operar do mercado, a começar pelo “direito à explicação” também previsto na **Lei Nacional de Proteção aos Dados**²¹. Ambas propõem abrir as “caixas pretas” dos *softwares* e suas aplicações com a demanda de explicar suas fórmulas e decisões. Se por um lado, tal demanda tende a conflitar com o sigilo de alguns projetos e patentes, por outro lado, a justificativa do direito à explicação é apoiada por necessidades éticas que ficam mais evidentes, quando as decisões de uma IA demonstram ser prejudiciais às pessoas, e/ou o uso dos dados pessoais/individuais servem a interesses privados e que, além disso, não estão em concordância com os indivíduos-proprietários destes dados.

Este é um panorama da problemática relacionada aos dados que trafegam e compõem as tecnologias da informação, desde que a demanda social e legal atual é de que uma IA possa ser capaz de esclarecer como obtém seus resultados e decisões. Se uma IA utilizada para diagnosticar pacientes demonstra-se bastante controversa, mesmo que a decisão final esteja nas mãos do médico e do paciente, deve-se levar em consideração que a decisão da IA poderá influenciar fortemente ambos, médico e paciente, e que, portanto, deve-se ser possível explicar como a IA chega a esta decisão e porquê. Porém, se entre humanos a capacidade de explicar nem sempre é fluida e fácil, projetar tais características para uma IA é igualmente desafiante, pois como seria fácil dizer que, para criar e desenvolver uma IA capaz de explicar, basta observar como os humanos

²¹ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, CASA CIVIL, 2018.

explicam as coisas uns para os outros?²²

Criar modelos capazes de explicar as decisões do sistema tem sido um desafio atual para cientistas da computação. Embora não seja fácil explicar a decisão tomada pelo sistema, desde que existem diferentes modelos de aprendizagem de máquina, percebe-se que a chamada ética para a necessidade de prestar contas sobre as decisões de uma IA já vêm estimulando a criação de novas ferramentas capazes de fazer com que as previsões de um sistema sejam auditáveis, tornando-os assim “mais confiáveis”²³. Desse modo, a necessidade ética cria um valor relacionado à eficiência do sistema.

A necessidade de estabelecer confiança com a IA, devido aos possíveis impactos de suas decisões, indicações de decisões, sugestões, vêm ampliando a demanda de que estes agentes precisam ser “socialmente inteligentes”. Desse modo, a lista de desafios para o seu desenvolvimento passa a incluir a necessidade de clareza, consciência situacional, empatia, presença, autenticidade²⁴.

COMENTÁRIOS FINAIS

Se o ser no mundo absorve muito bem estas tecnologias, é porque elas têm um sentido mágico de tornar o mundo material uma ilusão “e as formas que se encontram encobertas além dessa ilusão (“o mundo formal”) são a realidade, que pode ser descoberta com o auxílio da

²² “If we want to design, and implement intelligent agents that are truly capable of providing explanations to people, then it is fair to say that models of how humans explain decisions and behaviour to each other are a good way to start analysing the problem” (MILLER, Tim. **Miller, T. Explanation in artificial intelligence: Insights from the social sciences.** Artificial Intelligence, 2018, p. 4).

²³ MARCO TULLIO RIBEIRO, SAMEER SINGH, Carlos Guestrin. “Why Should I Trust You?” Explaining the Predictions of Any Classifier, 2016., p.1).

²⁴ NEURURER M, Schlögl S, Brinkschulte L, Groth A. Perceptions on Authenticity in Chat Bots. *Multimodal Technologies and Interaction.* Sep;2(3):60, 2018.

teoria.”²⁵

Voltamos ao ponto da argumentação que enfatiza que a IA avançada, ou as “máquinas superinteligentes”, são a projeção utópica de um humano ideal, e como ele não existe, as inconsistências, incoerências e falhas das máquinas, são facilmente assimiladas. Em outras palavras, se muitas vezes a comunicação humano-humano parece não fazer sentido, já que existem estados mentais, jogos emocionais e divergências de interpretação, não há porquê requerer que a interação de comunicação com uma IA seja perfeitamente coerente.

Tente conversar com a Replika²⁶: em diversas situações as lacunas deixadas na conversa, a falta de entendimento sobre a pergunta, entre outros fatores, poderia se repetir com um humano, enquanto, por outro lado, quando a IA (Replika) responde de modo que faça sentido ao seu interlocutor, é possível experimentar uma sensação de conforto emocional, assim como ativar o imaginário de que aquelas palavras digitadas, aquela voz que fala com você faz parte das suas memórias mais agradáveis, de desejos que conjugam passado, presente e futuro.

É possível que a vida intermediada pela computação ubíqua²⁷ venha confirmando que estamos cada vez esperando mais das máquinas e menos uns dos outros²⁸.

²⁵ FLUSSER, Vilem. **O mundo codificado**. São Paulo: Cosac Naif, 2007, p.24.

²⁶ Replika é uma IA para conversar: “Since it became available in November, more than 2 million people have downloaded the Replika app. And in creating their own personal chatbots, many have discovered something like friendship: a digital companion with whom to celebrate victories, lament failures, and trade weird internet memes.” Fonte: <https://www.wired.com/story/replika-open-source/>. (Acesso em 25/10/2019).

²⁷ O significado de ubiquidade é a presença em todos os lugares, ou seja, onipresença. “O conceito (de ubiquidade computacional) foi introduzido na década de 80 por Mark Weiser, pesquisador do Xerox Palo-Alto Research Center. Weiser vislumbrava um futuro no qual tecnologias computacionais fariam parte do “tecido da vida cotidiana”. (PINHEIRO, Mauro e SPITZ, Rejane. **O design de interação em ambientes de ubiquidade computacional**. Design, 2007, p.1).

²⁸ “The narrative of alone together describes an arc: we expect more from technology and less from each other.” (TURKLE, Sherry. **Alone together: Why we expect more from technology and less from each other**. 2011. p. 295).

Enquanto bonecas robôs para uso sexual e namoradas holográficas são justificadas como um paliativo para os que vivem na solidão, debater a semiótica do projeto é uma demanda ética e bioética. Nos casos dos robôs sexuais, estabelecem-se relações simbólicas que podem não apenas estar reforçando a objetificação da mulher e a ideia de que existe apenas um agente ativo na relação sexual e tudo acontece em torno da satisfação dos desejos deste único agente. Se o impacto destas representações no corpo físico e na saúde não são de identificação e medição fáceis, aponta-se também que o uso de robôs sexuais pode estar colaborando com a naturalização de práticas como a pedofilia e o estupro²⁹.

Tecnologia é linguagem, “tornamo-nos cegos quando acreditamos ser a técnica algo neutro”³⁰. Quando Heidegger pergunta “Por onde nos perdemos?” Ele responde que a técnica, como um meio, um instrumento que atende finalidades, é um modo de desabrigar, e “no desabrigar se fundamenta todo o produzir”³¹ e, ao que parece, é sobre este desabrigar que precisamos falar a respeito. A tecnologia, ou os olhares que se têm sobre os seus acoplamentos como aprimoramento humano, não é um fenômeno de um bloco único, fechado. Ela representa também os diálogos intersubjetivos. Assim, a tecnologia não se define como positiva ou negativa. Tanto os seus melhores feitos como as consequências inesperadas impactam nossas vidas, e vêm modificando-a de tal modo que, para alguns, já não podemos nos considerar “simplesmente” humanos. Se a modificação da natureza é manifestação da própria

²⁹ ELEN C. CARVALHO NASCIMENTO, EUGENIO DA SILVA, Rodrigo Siqueira-Batista. **The “Use” of Sex Robots: A Bioethical Issue**. *Asian Bioethics Review*, v. 10, n. 3, p. 231–240, 2018.

³⁰ HEIDEGGER, Martin. **The question of technics**. *Scientiae studia*, v. 5, n. 3, p. 375–398, 2007, p.376.

³¹ *Ibid.*, p. 380.

natureza³², é precisamente neste ponto que damos um grande nó.

Pois, que visão ou interpretação de natureza está se manifestando através da técnica? A vontade de dominar e acumular poder? O desejo de auto superação, de encontrar soluções criativas para existência e sobrevivência? “Armação significa o modo de desabrigar que impera na essência da técnica moderna e não é propriamente nada de técnico.”³³

Imersos em um mundo codificado, sem de fato compreender a natureza de todas as suas manifestações, o humano atual é manipulado por símbolos representados em imagens, codificadas pela imaginação tecnológica. A emergência de novas tecnologias indica o fim da história, ou uma pós-história, com características que operam mudanças muito radicais no modo de ser e estar no mundo³⁴.

A “imaginação confusa” é aquela que se torna incapaz de incorporar o conceito à imagem³⁵. A consciência se completa quando a pessoa no mundo o observa e pensa sobre ele, podendo, em seguida, lhe dar forma pela capacidade de imaginar este mundo. A imaginação materializa-se em ideias que buscam agregar-se em torno de um conceito. Se num primeiro momento os mitos eram imagens estáticas, num segundo momento a história ocupa este espaço de conceituação imagética, em uma progressão compreendida como linear. Já, num terceiro momento o humano não está mais separado de seus mitos e história, como observador

³² Se, “O fato de que, desde Platão, a realidade se mostra à luz de ideias não foi Platão quem o provocou. **O pensador apenas correspondeu ao que se lhe anunciou**” (*Ibid.*, p.383), em analogia, as ideias, criações e práticas humanas são manifestações da natureza. Neste sentido, a separação entre natureza e cultura, nas categorias “natural” e “artificial” coloca uma “cortina de fumaça” no entendimento de fenômenos tais como as revoluções tecnológicas.

³³ *Ibid.*, p.385.

³⁴ Tais argumentos são apresentados em coletâneas dos escritos do filósofo Vilém Flusser em (FLUSSER, Vilem. **O mundo codificado**. São Paulo: Cosac Naif, 2007) e (FLUSSER, Vilém. *The Shape of Things: A Philosophy of Design*, trans. **Carl Hanser, London: Reaktion**, 1999).

³⁵ *Idem*.

ou narrador, ele está dentro, ele é o próprio mito e a própria história³⁶. Tais mudanças de paradigmas alavancadas na Era Moderna, representadas pela ciência e sua racionalidade, assim como pela industrialização, e o desenvolvimento das tecnologias vêm tornando difícil a tarefa de compreender os múltiplos impactos do que estamos vivenciando com a velocidade de transformações na Era da Comunicação.

Se o mundo atual é um mundo regido por imagens, codificado pela imaginação tecnológica³⁷, a emergência de novas tecnologias indica o fim da história, ou uma pós-história, com características que operam mudanças muito radicais no modo de ser e estar no mundo. A relação com as ‘coisas’ que se proliferam no mercado corporificadas em mitos, arquétipos, objetos do desejo, tornou-se um modo de realizar comunicação intersubjetiva, e, para que a mesma se realize, é necessário dar-se conta desses devires embutidos nos projetos, sejam eles palpáveis ou impalpáveis.

Enquanto fugirmos aos desafios de analisar o quanto as ‘imaterialidades’ materializam as realidades de um ‘mundo complexo’, deixamos de observar que “a relação entre o humano e o tecnológico-outro mudou, no contexto contemporâneo, para alcançar graus de intimidade e intrusão sem precedentes”³⁸ e, se as consequências inesperadas são tudo o que queremos evitar, na ausência de reflexão, ficamos com a inevitabilidade de tais consequências.

³⁶ *Idem.*

³⁷ *Idem.*

³⁸ “...the relationship between the human and the technological other has shifted in the contemporary context, to reach unprecedented degrees of intimacy and intrusion” (BRAIDOTTI, Rosi. **The Posthuman**. Cambridge, Massachusetts: Polity Press, 2013, p. 89).

APÊNDICES

Figure 1. Stages of artificial intelligence (AI)

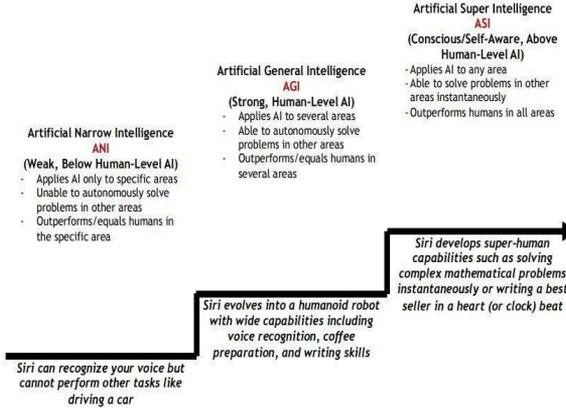


Figure 2. Types of AI systems

	Expert Systems	Analytical AI	Human-Inspired AI	Humanized AI	Human Beings
Cognitive Intelligence	x	✓	✓	✓	✓
Emotional Intelligence	x	x	✓	✓	✓
Social Intelligence	x	x	x	✓	✓
Artistic Creativity	x	x	x	x	✓
Supervised Learning, Unsupervised Learning, Reinforcement Learning					

Table 1. Illustrations of AI applications within specific sectors

	Analytical AI	Human-Inspired AI	Humanized AI
Universities	Virtual teaching assistants able to answer student questions and tailor reactions to individual data	AI-based career services able to identify emotions to improve interview techniques of students	Robo-teachers animating a student group by acting as moderator and sparring partners
Corporations	Robo-advisors leveraging automation and AI algorithms to manage client portfolios	Stores identifying unhappy shoppers via facial recognition at checkouts to trigger remedial actions	Virtual agents dealing with customer complaints and addressing concerns of unhappy customers
Governments	Automation systems to set the brightness of streetlights based on traffic and pedestrian movements	Virtual army recruiters interviewing and selecting candidates based on emotional cues	AI systems able to psychologically train soldiers before entering a war zone

Fonte: (Op. cit. ANDREAS KAPLAN, 2018)

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, BIOPOLÍTICA E BIOPODER: LEITURAS DE FOUCAULT, PELAS CORES DE VAN GOGH¹

*Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira
Rodrigo Siqueira-Batista*

INTRODUÇÃO

As reflexões bioéticas referentes às questões da atenção à saúde têm sido dirigidas, ao longo das últimas décadas, principalmente ao ambiente hospitalar, com a utilização majoritária do principalismo proposto por Beauchamp e Childress², ou seja, com ênfase nos princípios do respeito à autonomia, da beneficência, da não-maleficência e da justiça. De fato, a sofisticação tecnológica dos hospitais e a urgência das situações vivenciadas explicam a significativa preocupação com problemas de natureza ética, especialmente, no que concerne à reflexão e à discussão dos conflitos emergidos nas situações-limite, tais como, a eutanásia, o aborto, a reprodução assistida e a clonagem³.

Apenas mais recentemente, começaram a surgir investigações para a abordagem dos problemas bioéticos na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS) / Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecendo-se que os referenciais principalistas não são, com frequência, suficientes para o

¹ Este ensaio representa uma atualização de parte da Dissertação de Mestrado de Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira, intitulada “*Estratégia Saúde da Família na perspectiva de Foucault e Deleuze: sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto*”, elaborada sob a orientação de Rodrigo Siqueira-Batista e defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, em 2017. Retomam-se, igualmente, alguns pontos do ensaio OLIVEIRA, I. L. V. A. C.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Estratégia Saúde da Família e o imperativo da vida saudável: capturas biopolíticas e sociedades de controle - ou sobre a crítica de Foucault e Deleuze*. **Revista Trágica: Estudos de Filosofia da Imanência**, v. 11, p. 89-104, 2018.

² BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2012.

³ MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Bioética: afinal, o que é isto?* **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n.3, p. 431-439, 2012.

equacionamento de muitas das questões descritas nesse nível de atenção⁴. Com efeito, o estudo clássico, no Brasil, publicado em 2004 por Zoboli e Fortes⁵, expõe boas razões para justificar a “natureza” das dificuldades bioéticas enfrentadas no espaço-tempo dos cuidados primários:

- [...] (a) os problemas de saúde diferem segundo o nível das ações e dos procedimentos oferecidos;
- (b) os sujeitos éticos, isto é, os usuários, os familiares e os profissionais de saúde também são diferentes. Pela própria condição da internação, os usuários do hospital têm a capacidade para decisões autônomas comprometida. Os profissionais de saúde, na atenção básica, usualmente visam a objetivos de mais longo prazo a partir da atenção integral e não a apenas sanar um problema pontual;
- (c) o cenário em cada tipo de serviço de saúde difere, e isso tem importância na medida em que os problemas éticos emergem do contexto no qual se inserem. Nas unidades básicas de saúde, os encontros com os usuários são mais frequentes e em situações de menor urgência. A emergência, a imediatidade e a dramaticidade das situações vivenciadas, por exemplo, nos prontos-socorros ou nas unidades de terapia intensiva fazem com que os problemas éticos sejam mais evidentes, tempestuosos e avultados, enquanto, nas unidades básicas de saúde, apresentam-se de maneira mais sutil, passando, muitas vezes, despercebidos.⁶

Os problemas bioéticos na APS/ESF – a despeito do seu não reconhecimento – ocorrem diuturnamente nas unidades de saúde que cuidam das famílias (Imagem 1) e das comunidades, dificultando a produção do cuidado em saúde⁷. De fato, ocultadas pelas preocupações com os aspectos meramente técnicos, as questões bioéticas, quando identificadas, revelam toda sua potência:

⁴ VIDAL, S. V.; MOTTA, L. C. S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Revista Bioética**, v. 22, p. 347-357, 2014.

⁵ ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004.

⁶ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*, p. 1691.

⁷ SIMAS, K. B. F.; SIMOES, P. P.; GOMES, A. P.; COSTA, A. A. Z.; PEREIRA, C. G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. (Bio)Ethics and Primary Health Care: preliminary study on Family Clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

[...] pois é no cotidiano do trabalho em equipe, e no trabalho vivo em ato, que a prática em saúde se constrói, alicerçada pelas relações entre os membros da equipe multidisciplinar, os usuários, os gestores e a comunidade. Múltiplas questões e até dilemas, que se podem abordar em termos bioéticos [...]⁸



Imagem 1. Primeiros passos. Vincent Van Gogh (1890). The Metropolitan Museum of Art.

A despeito disso, quando os profissionais são, por assim dizer, instados a se pronunciar sobre suas práticas, parando para pensar no cotidiano do próprio processo de trabalho, acabam por descobrir fenômenos que antes passavam completamente despercebidos. De fato, estudos realizados com o objetivo de identificar os problemas éticos na APS/ESF, convidaram os profissionais para tal reflexão. Nesse sentido, Siqueira-Batista e colaboradores⁹ investigaram as principais questões

⁸ GOMES, A. P.; GONCALVES, L. L.; SOUZA, C. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Family Health Strategy and Bioethics: focus group discussions on work and training. **Revista Bioética**, v. 24, 2016, p. 489.

⁹ SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; MOTTA, L. C. S.; RENNÓ, L.; LOPES, T. C. C.; MIYADAHIRA, R.; VIDAL, S. V.; COTTA, R. M. M. Bioethics and family health strategy: mapping problems. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 113-128, 2015.

bioéticas identificadas pelos membros das equipes da ESF do município de Viçosa (MG). Os autores observaram que grande parte dos participantes da pesquisa tinha dificuldade para identificar tais problemas. Ademais, na referida investigação foi possível categorizar cinco grandes grupos de problemas éticos vivenciados pelas equipes: (i) os relacionados à desigualdade de acesso aos serviços de saúde; (ii) os relacionados à relação ensino-trabalho-comunidade; (iii) os relacionados ao sigilo e à confidencialidade; (iv) os relacionados aos conflitos entre equipe e usuários; (v) e os relacionados aos conflitos entre membros da equipe¹⁰. Outros estudos – abrangendo trabalhadores da APS/ESF, em Teresópolis-RJ¹¹, no Rio de Janeiro-RJ¹² e em Magé-RJ¹³ – encontraram resultados similares.

Com base nessas preliminares considerações, almejou-se analisar, no presente ensaio, os problemas bioéticos na APS/ESF – de acordo com a literatura científica atual – contextualizando-os a partir dos conceitos de biopolítica e de biopoder formulados por Foucault¹⁴, “matizados” pelas

¹⁰ SIQUEIRA-BATISTA, *et al.*, 2015, *op. cit.*

¹¹ MOTTA, L. C. S.; VIDAL, S. V.; GOMES, A. P.; LOPES, T. C. C.; RENNO, L.; MIYADAHIRA, R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Searching for ethos in family health strategy: a bioethical investigation. *Revista Bioética*, v. 23, p. 360-372, 2015.

¹² SIMAS, K. B. F.; SIMÕES, P. P.; GOMES, A. P.; COSTA, A. A. Z.; PEREIRA, C. G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. (Bio)Ethics and Primary Health Care: preliminary study on Family Clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

¹³ VIDAL, S. V. **Bioética, Educação e Estratégia Saúde da Família: entre *praxis* e *paidéia***. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

¹⁴ Sobre os conceitos de biopolítica e de biopoder, Junges é particularmente esclarecedor: “Se, antes, o Estado tinha o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos, de causar a morte ou deixar viver pelo poder da guerra ou da pena capital, a partir do século XVII, o poder político assumiu a tarefa de gerir a vida por meio da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações. Esses são os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anatomopolítica dos corpos individuais e a regulação biopolítica das populações. O nascimento da medicina social e a consequente preocupação do Estado pela Saúde Pública responderam a esse objetivo. Assim, a função do poder não é mais matar, mas investir sobre a vida. A potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Para Foucault a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso, por um

cores de Van Gogh. Como questões-chave, as quais nortearam as conversações construídas no texto, destacam-se: (1) a importante invisibilidade das questões éticas nesse nível de atenção e (2) o reconhecimento de que a APS/ESF possa se constituir como um dispositivo para o exercício de poder e para as capturas biopolíticas contemporâneas.

PROBLEMAS BIOÉTICOS NA APS/ESF

As questões bioéticas elencadas pelos profissionais da saúde, enfermeiros e médicos, de acordo com o já mencionado estudo de vanguarda assinado por Zoboli e Fortes¹⁵, foram agrupados em três categorias: problemas éticos nas relações com usuários e família (Tabela 1); nas relações da equipe (Tabela 2); nas relações com a organização e o sistema de saúde (Tabela 3).

Quanto à primeira categoria – “problemas éticos na relação com os usuários e família” – os autores perceberam que os profissionais de saúde, desprovidos de uma ‘escuta qualificada’ para acolher às demandas dos usuários, respondem com procedimentos e normas (protocolos), ao que era uma demanda de cuidado:

De um lado, os usuários e suas famílias buscam a resolução de um problema, de saúde ou não, que consideram importante, trazendo consigo seus segredos, medos, crenças e expectativas. De outro, a equipe, ainda inexperiente para lidar com situações decorrentes da contínua proximidade com os usuários e família, mantém-se presa a procedimentos, normas e rotinas do serviço ou ainda a seu entendimento técnico do que é melhor para os usuários e/ou as famílias.¹⁶

lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos” (p. 289). Cf. JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface (Botucatu)**, v.13, n. 29, p. 285-295, 2009.

¹⁵ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*

¹⁶ *Ibid.*, p. 1695.

Tabela 1: Problemas éticos na relação com o usuário e sua família.

Aspectos Relativos à (ao)	
Relação	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário.- Limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários.
Propriamente Dita	<ul style="list-style-type: none">- Prejuízo dos usuários dos serviços por parte da equipe.- Desrespeito do profissional para com o usuário.- Atitude do médico frente aos valores religiosos próprios e dos usuários.
Projeto Terapêutico	<ul style="list-style-type: none">- Indicações clínicas imprecisas.- Prescrição de medicamentos que o usuário não poderá comprar.- Prescrição de medicamentos mais caros com eficácia igual a dos mais baratos.- Solicitação de procedimentos pelo usuário.- Solicitação de procedimentos por menores de idade sem autorização ou conhecimento dos pais.
Informação	<ul style="list-style-type: none">- Recusa do usuário às indicações médicas.- Como informar o usuário para conseguir sua adesão ao tratamento.- Omissão de informações ao usuário.- Acesso dos profissionais de saúde a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal.
Privacidade e Confidencialidade	<ul style="list-style-type: none">- Discussão de detalhes da situação clínica do usuário na sua frente.- Dificuldades para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares.- Dificuldades para o agente comunitário de saúde preservar o segredo profissional.- Compartilhamento das informações sobre um dos membros da família com os demais.- Não solicitação de consentimento da família para relatar sua história em publicação científica.

Fonte: Reproduzido, ipsis litteris, de Zoboli e Fortes¹⁷ (2004, p. 1693).

¹⁷ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*, p. 1693.

Tabela 2: Problemas éticos na relação da equipe^{2:1693}

Falta de compromisso dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família.
Falta de companheirismo e colaboração entre as equipes.
Desrespeito entre os integrantes da equipe.
Despreparo dos profissionais para trabalhar no Programa Saúde da Família.
Dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional.
Questionamento da prescrição médica por parte de funcionário da Unidade de Saúde da Família.
Omissão dos profissionais frente à indicação clínica imprecisa.
Compartilhamento das informações relativas ao usuário e família no âmbito da equipe do Programa Saúde da Família.
Quebra do sigilo médico por outros membros da equipe ao publicarem relatos de casos.
Não solicitação de consentimento da equipe para relatar caso em publicação científica.

Fonte: Reproduzido, de Zoboli e Fortes¹⁸

O trabalhador da saúde (Imagem 2), segundo Emerson Merhy, quando preso aos procedimentos, normas e rotinas – isso é, quando “engessado” pelas mesmas (e orientado à mera execução de procedimentos) –, dirige-se ao usuário tomando-o como objeto¹⁹. Rebaixado à categoria de “objeto”, o usuário é desrespeitado e desqualificado enquanto sujeito. Seu saber, isso é, seu entendimento do mundo é considerado, por assim dizer, infantil, orientado por crenças sem valor de verdade, sem status científico. É, no mínimo, curioso, o fato desse “rebaixamento” do usuário – expropriado de seu desejo e de seu saber – não ser tomado como uma questão bioética, considerando

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M.; GOMES, M. P. C.; FRANCO, T. B. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum**, v. 33-34, p. 89-103, 2014.

que um comportamento ético deve ser pautado pelo respeito a outrem²⁰.

Tabela 3: Problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde.

Aspectos Relativos à	
Unidade de Saúde da Família	- Dificuldades para preservar privacidade por problemas da estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde da Família.
	- Falta de estrutura na Unidade de Saúde da Família para a realização das visitas domiciliares.
	- Falta de condições na Unidade de Saúde da Família para atendimentos de urgência.
	- Falta de Apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos.
Rede de Serviços de Saúde	- Falta de transparência da direção da Unidade de Saúde da Família na resolução de problemas com os profissionais.
	- Excesso de famílias adscritas para cada equipe.
	- Restrição do acesso dos usuários aos serviços.
	- Demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do Programa de Saúde da Família.
	- Dificuldades no acesso a exames complementares.
	- Dificuldades quanto ao retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.

Fonte: Reproduzido, ipsis litteris, de Zoboli e Fortes²¹

De outro modo, o respeito pela diferença – reconhecimento da alteridade –, segundo Emerson Merhy e Laura Feuerweker, aconteceria quando o trabalhador reconhece o usuário “como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências”²². Tudo isso, esclarecem os autores, precisaria ser levado em consideração, “tanto para compreender a singularidade da

²⁰ MERHY, *et al*, 2014, *op. cit.*

²¹ *Ibid.*, p. 1694

²² MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS; 2009, p. 7.

situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado”²³. É importante ressaltar que uma postura ética por parte do trabalhador, que permite uma compreensão mais ampla da vida do usuário, facilita a aderência do último ao plano de cuidado a ele adequado²⁴. Destaca-se, ainda, que o trabalhador de saúde, ao se permitir uma “abertura ao outro”, também está se livrando de uma mera sujeição às normas e às rotinas, isso é, deixando de lado um esquema pré-estabelecido de atenção ao usuário, denominado por Merhy e colaboradores, de “trabalho morto”²⁵. Assim, saem ganhando os dois lados; de fato, *trabalhador* e *usuário* passam, por assim dizer, de um “patamar de trabalho morto” a um “patamar de trabalho vivo”, o que pode ser considerado “um ganho ético” para ambos. Ora, para que isso aconteça, a escuta do trabalhador deve ser qualificada, o que significa nada menos que a valorização da “voz do usuário” – suas necessidades, desejos, valores, saberes e potências.

Nessa mesma lógica, Junges e Zoboli assinalam a importância de uma escuta qualificada, já que a demanda existente deve ser entendida na perspectiva da singularidade do sujeito e do seu projeto de felicidade, não submetendo tal expectativa às normatizações dos protocolos¹². Até mesmo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), explicam os autores, a quem idealmente caberia uma contribuição a respeito das singularidades, por ser integrante da comunidade, acaba sendo capturado pela lógica da equipe – que por sua vez, está inscrita no modelo biomédico²⁶ –, deixando de lado os aspectos culturais da localidade:

Os ACS têm a tendência de se identificar mais com a equipe, assumindo progressivamente o modelo biomédico na resolução das necessidades de saúde, acabando por supervalorizar questões técnicas e deixando de lado

²³ MERHY, Feuerwerker, 2002, *op. cit.*, p. 13.

²⁴ *Idem.*

²⁵ MERHY, *et al.*, 2014, *op. cit.*

²⁶ CAMARGO, K. R. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 6, p. 183-195, 2013.

as questões culturais e socioambientais da comunidade. Assim, torna-se um encaminhador de tarefas de leva-e-traz, submetido ao aspecto técnico, pois seu saber cultural não é valorizado, dificultando a delimitação de suas atribuições” (p. 101)²⁷.

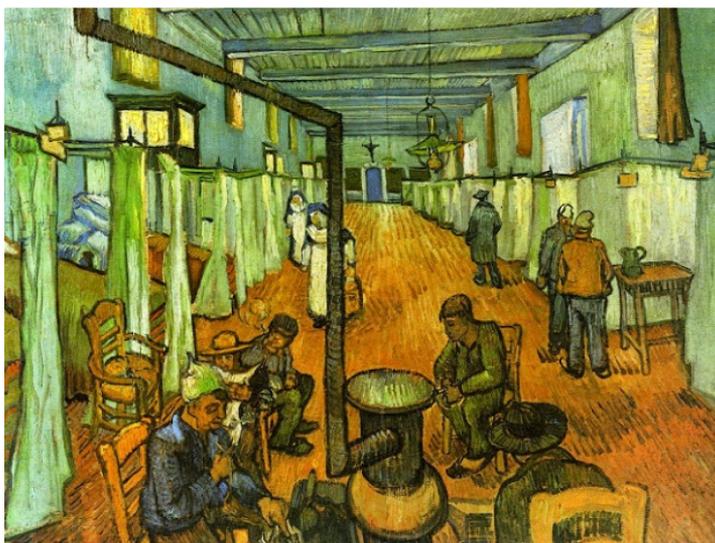


Imagem 2. Enfermaria de um hospital em Arles. Vincent Van Gogh (1889).

Coleção Oaska Renhart (Winterthur).

Outro problema importante, indicado por esses autores, no que diz respeito à relação profissional-usuário, refere-se à falta de limites decorrente da proximidade entre ambos. Explica-se: a invasão da privacidade das famílias abre um espaço de intromissão por parte desses profissionais para além do que seria esperado:

A proximidade na relação levanta questionamentos quanto à interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou dos usuários, ou seja, em que medida os profissionais podem ser coercitivos com vistas a conseguir a adesão às terapêuticas propostas e mudanças no estilo de vida: “(...) se a pessoa não enxerga aquilo, apesar de toda a sensibilização, da educação que a gente faz, ela não enxergar aquilo como um fator que vai levar a ter

²⁷ JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p.1049-1060, 2012, p. 101.

doenças? (...) eu devo invadir essa casa? Nós temos esse direito? É ético esse procedimento? (Médico 12)²⁸

Também chama a atenção, dizem Zoboli e Fortes, a questão da privacidade – dos usuários e das famílias – a qual, muitas vezes, é exposta pela equipe de saúde²⁹. Ressalta-se que o ACS pertence à mesma comunidade das pessoas que estão sob cuidado – ele é um vizinho – o que, às vezes, pode provocar constrangimentos, já que além de conhecer todos os problemas dos usuários, este trabalhador transita em espaços que os outros membros da equipe não frequentam:

A dificuldade para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares e de definir em que medida as informações privativas dos usuários e famílias devem ser compartilhadas no âmbito da equipe, especialmente em relação ao agente comunitário de saúde que é um vizinho dessas famílias, são outros problemas decorrentes das peculiaridades que cercam as relações na saúde da família.³⁰

Quanto à segunda categoria – “os problemas éticos nas relações com a equipe” – Zoboli e Fortes apontam o crescente problema para definir papéis e funções dos membros da equipe de saúde². Essas dificuldades se dão, explicam os autores, em decorrência da incorporação de novos profissionais com seus diferentes saberes, o que dificulta a definição de atribuições e responsabilidades de cada um deles. Os desentendimentos são tantos, que os trabalhadores acabam se descuidando do mais importante, a saber, a relação com usuário e/ou das famílias:

Os problemas e conflitos na equipe de saúde não são inesperados, especialmente se for considerado que essa [...] se configura uma rede de relações tecida no cotidiano entre agentes que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, sendo necessária certa

²⁸ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*, p. 1694

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

disponibilidade para que reconheçam e respeitem suas diferenças. O peso dos desentendimentos com a equipe para um dos enfermeiros foi tal que chegou a afirmar nunca ter vivido problemas éticos com o usuário, mas somente com os colegas: “então, na verdade, assim, com o paciente, não lembro [...] eu acho mais difícil, às vezes, entre colegas do que entre o paciente.”³¹

Ao abordar os problemas e conflitos na equipe de saúde, Junges e Zoboli também observam que a lógica de trabalho desenvolvida na APS/ESF é diferente daquela do hospital, o que significa que a equipe precisa trabalhar em conjunto, em uma prática multiprofissional, que exige compartilhamento de conhecimento e cooperação³², o que permite uma compreensão mais ampla das necessidades dos usuários. Quando em vez de cooperação, cada um quer afirmar superioridade do seu trabalho, desprestigiando as atividades dos demais, quem fica prejudicado é o usuário. Como observam Araújo e Rocha³³, a importância do trabalho em equipe – ou melhor, a sua riqueza – diz respeito não apenas à possibilidade de uma abordagem integral dos usuários, como também a oportunidade de os profissionais promoverem o enriquecimento mútuo, por meio do compartilhamento de seus repertórios técnicos e existenciais, aumentando as chances dos mesmos de alterar a realidade:

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.³⁴

Nesse sentido, esclarecem Fortuna e colaboradores, a educação permanente em saúde vem sendo indicada como perspectiva de

³¹ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*, p. 1695.

³² JUNGES, ZOBOLI, 2012, *op. cit.*

³³ ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

³⁴ *Ibid.*, p. 456.

aprendizagem no trabalho, pois trata-se de

[...] uma política de educação estratégica para as equipes de saúde, de forma que essas possam desenvolver o processo de trabalho, incluindo os diferentes saberes e sujeitos que transitam nos serviços de saúde.³⁵

A perspectiva da educação permanente, dizem os autores, não é fazer com que o profissional tenha o sentimento de estar sempre aquém ou “endividado” em relação aos seus conhecimentos técnicos, mas sim de proporcionar ao profissional a possibilidade de fecunda transformação da realidade.

Quanto à terceira categoria – “os problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde” – destaca-se a burocracia e a comunicação deficiente entre os serviços de saúde, o que dificulta o trabalho dos profissionais³⁶. Por exemplo, a falta de disponibilidade do sistema para regular um encaminhamento feito pela APS/ESF. Em muitos casos, os próprios profissionais dependem de seus próprios contatos e relações pessoais para conseguir vagas, exames, encaminhamentos, entre outros:

[Esses problemas dependem] muitas vezes, do conhecimento e do relacionamento dos profissionais, sem garantia de acesso dos usuários aos serviços necessários através de uma regulação do próprio sistema com instrumentos formais. Os depoimentos de alguns dos entrevistados expressaram essa realidade: “outra coisa que atrapalha também [...] é a falta de comunicação entre as unidades de saúde e as unidades hospitalares, é uma deficiência de comunicação, mas é uma comunicação burocrática que está deficiente [...], por exemplo: encaminhamentos, via de encaminhamento [...]”³⁷

³⁵ FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013, p. 2.

³⁶ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*

³⁷ *Ibid.*, p. 1697.

Vidal e colaboradores³⁸, em revisão da literatura dirigida aos principais problemas bioéticos no âmbito da APS/ESF, chamam a atenção para outras indagações nessa esfera do sistema de saúde. Em relação aos vínculos laborais no Sistema Único de Saúde (SUS), os autores apontam para a precariedade do trabalho em âmbito municipal, pois além de envolverem muitos tipos de nomeações sem adequados direitos trabalhistas e previdenciários, também não atendem à legalidade do ingresso por concurso público para o preenchimento de vagas na APS/ESF. Tal cenário produz situações de rotatividade, instabilidade e baixos salários. Soma-se a isso o surgimento de outras modalidades de gestão da ESF, como por exemplo, fundações estatais e organizações sociais³⁹. Os autores também ressaltam a dimensão da intersetorialidade, ou seja, a importância de envolver outros setores como, por exemplo, a educação e o meio-ambiente para o compartilhamento da resolução de problemas bioéticos no campo da saúde⁴⁰. A falta desse compartilhamento costuma levar a situações bioéticas persistentes:

Os problemas bioético-políticos expressam a complexidade existente nos segmentos da promoção social dentro do Estado brasileiro, como a garantia de serviços com qualidades, relativos à educação, à moradia, ao transporte, ao trabalho, à segurança pública, à seguridade social, ao esporte, ao lazer e à saúde. Por pertencerem a um contexto macropolítico, nem sempre os profissionais do SUS – mais especificamente da ESF – atentam para a possibilidade de compartilhamento dos problemas no campo da saúde com a intersetorialidade, no qual as necessidades não resolvidas vão se constituindo em situações bioéticas persistentes.⁴¹

Pelo que foi apresentado, até este momento, é possível afirmar que

³⁸ VIDAL, S. V.; GOMES, A. P.; MAIA, P. M.; GONCALVES, L. L.; RENNO, L.; MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, p. 372-380, 2014.

³⁹ VIDAL *et al.*, 2014, *op. cit.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ *Ibid.*, p. 354.

os complicadores descritos, nos manuscritos citados, dificultam a organização e a execução das ações do cuidado à saúde, já que os trabalhadores que atuam na APS identificam, menos frequentemente, os problemas acima referidos como de ordem bioética. Ademais, é preciso destacar que um dos elementos importantes, que emerge da análise da literatura direcionada às questões éticas na APS/ESF, é a articulação entre díspares modalidades de conflitos e relações de poder estabelecidas entre os envolvidos. Nesse sentido, propõe-se como referencial teórico, para pensar tais questões, os conceitos de Foucault, especialmente biopolítica – “o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana”⁴² – e biopoder – “[...] o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder”⁴³. Trata-se, portanto, de investigar as práticas de sujeição que operam nesse âmbito, já que as mesmas nem sempre são evidentes, mas, de outro modo, *sutis*.

APS/ESF: DISPOSITIVO BIOPOLÍTICO E CAPTURAS DO BIOPODER

Os problemas bioéticos que foram explicitados no âmbito da APS/ESF não diminuem o valor da estratégia para ajudar as famílias que são atendidas por sua equipe. Todavia, é mister investigar a outra face dessa esfera de atenção, a qual, ao intervir além da demanda dos indivíduos, famílias e comunidade, muitas vezes invade sua privacidade,

⁴² FOUCAULT, M. **História da sexualidade. I. Vontade se saber**. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2017, p. 154.

⁴³ FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: Curso dado no *Collège de France* (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 3.

vigia seu comportamento, tentando normalizar sua conduta, articulando-se à lógica das sociedades de controle.⁴⁴ De fato, alguns estudos que investigam as relações de poder existentes na APS/ESF caracterizam-na como um dispositivo biopolítico de governo médico da vida⁴⁵.

A tese de Pinto sobre as políticas de saúde no Brasil apontou que a ESF é um dispositivo⁴⁶ biopolítico contemporâneo propenso a exercer um governo médico da vida, por entender a saúde como um bem a ser promovido⁴⁷. A conclusão da autora tem por base a percepção de que a intervenção da ESF, em alguma medida, controla, vigia e governa a vida das famílias e dos indivíduos que estão circunscritos à sua área de atuação⁴⁸. Nesse sentido, Weber⁴⁹ chega à mesma conclusão, qual seja, que a APS/PSF funciona como um dispositivo biopolítico, uma vez que, como um elemento discursivo, o programa permite propagar, em toda a capilaridade do tecido social, sua lógica e racionalidade¹⁸. Orientado pela mesma ótica dos autores acima – a saber, a perspectiva foucaultiana –,

⁴⁴ DELEUZE, G. *Past Scriptum*, sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.

⁴⁵ Sobre essa questão, poderão ser consultados os seguintes trabalhos: (i) FERREIRA, L. H. M. De que família cuida a saúde da família? Os efeitos de poder nas relações de cuidado entre equipe e famílias. Dissertação (mestrado). São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos; 2014.; (ii) PINTO, G. C. Biopolítica, saúde e governamentalidade: uma problematização da estratégia saúde da família a partir de breve genealogia das políticas de saúde pública no Brasil. Dissertação (mestrado). Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.; (iii) WEBER, C. A. T. Programa de Saúde da Família e o governo das populações. *Educação e Realidade*, v. 36, n. 3, p. 867-882, 2011.

⁴⁶ Para Foucault o dispositivo é um termo empregado na tentativa de “demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos... [e entre estes elementos, discursivos ou não] existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante?”. Cf. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

⁴⁷ PINTO, 2010, *op. cit.*

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ WEBER, 2011, *op. cit.*

Ferreira⁵⁰ considerou a APS/ESF como um instrumento estratégico na arte de governar a população.

Para chegar à compreensão da ESF como dispositivo biopolítico, é importante destacar o entendimento foucaultiano de que os estados modernos teriam se constituído a partir do surgimento da população, tendo como objetivo final – dos seus governos – gerir a segurança e a vida da mesma, por meio de uma arte de governo responsável por aumentar sua riqueza, sua duração de vida e sua saúde. Acrescente-se que Foucault⁵¹ nomeou essa arte de governo com o termo governamentalidade, a qual pode ser descrita como:

[...] 1 – o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança. 2 – a tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros – soberania, disciplina, etc. – e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes. 3 – resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado.⁵²

Quanto à ideia de “população”, cabe destacar que esta surgiu num dado momento, no XVIII, com a expansão demográfica, aliada ao acúmulo monetário, à urbanização e à industrialização das cidades (antes havia súditos, e não população)⁵³. Ela se tornou problema para o Estado, pois revelou possuir uma regularidade própria (mortalidade, perfil epidemiológico, espiral do trabalho e da riqueza, enfim, suas atividades e

⁵⁰ FERREIRA, 2014, *op. cit.*

⁵¹ FOUCAULT, 2012, *op. cit.*

⁵² *Ibid.*, pp. 291-292.

⁵³ *Idem.*

características produziam efeitos específicos na economia)⁵⁴. Tal constatação – da regularidade da população – determinou uma ruptura na forma de governo até então vigente, que via na família o modelo do bom governo. Com tais destaques, chega-se ao ponto: a família se tornou um objeto de intervenção estratégico para fins de governo e de exercício de poder⁵⁵. Com efeito, é possível caracterizar que a ESF está estruturada como um verdadeiro dispositivo biopolítico, que tem como objetivo realizar o governo da população, de acordo com a conceituação estabelecida por Foucault. Pode-se, igualmente, recorrer a Agamben para amplificar tal compreensão:

Generalizando posteriormente a já amplíssima classe dos dispositivos foucaultianos, chamarei literalmente de dispositivo qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos.⁵⁶

A definição de Agamben apoia o entendimento supracitado: a APS/ESF pode servir ao governo das pessoas. Este nível de atenção tem especial relevância, diante de outros dispositivos, por sua característica de adentrar os territórios existenciais das famílias, suas casas (Imagem 3), seus modos de vida, o que amplia a capacidade de governo, inclusive, em comunidades onde historicamente havia ausência do Estado. Essa potencialidade da APS/ESF se dá, portanto, a partir de algumas ferramentas: visita domiciliar, busca ativa, periodicidade de monitoramento das famílias⁵⁷.

Aqui, já se torna possível articular tal perspectiva a alguns problemas bioéticos, já comentados anteriormente, como a falta de

⁵⁴ FOUCAULT, 2012, *op. cit.*

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? Outra Travessia, v. 5, 2005, p. 13.

⁵⁷ FERREIRA, 2014, *op. cit.*

privacidade dos usuários nas visitas domiciliares, e a tentativa de sujeitar os mesmos a valores estranhos ao seu estilo de vida⁵⁸. Por outro lado, é preciso ressaltar que, com habilidade, é possível intervir na vida das famílias, sem lançar mão de práticas repressivas. Ressalta-se que, para Foucault, repressão e autoritarismo expressam, por assim dizer, pontos onde o biopoder falharia, não fosse a instituição de novas modalidades de captura:

Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que ele será obedecido? O que faz com o que o poder se mantenha e que seja aceito [...] é que ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso [...] é muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.⁵⁹

É possível, nesta esfera, a retomada das conversações acerca da interferência da equipe no ‘estilo de vida’ das famílias ou dos usuários – quiçá em nome de uma *vida saudável*⁶⁰ –, pois tal questão remete ao conceito de biopoder, não em suas manifestações mais evidentes, mas ali, onde o poder, lançando mão de uma multiplicidade de saberes, opera de forma sutil.

Uma primeira pergunta relevante é: como poderia a APS/ESF interferir no estilo de vida das famílias de forma não autoritária, humanizada, por meio de projetos de saúde compartilhados, caso não capturasse o desejo dos usuários, das famílias, da comunidade? Como conseguiria mobilizar a comunidade, a população, caso não capturasse, por assim dizer, o sonho de uma vida mais equilibrada, saudável, otimizada?

⁵⁸ ZOBOLI, FORTES, 2004, *op. cit.*

⁵⁹ FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 22ª ed., Rio de Janeiro: Graal; 2006, p. 8.

⁶⁰ OLIVEIRA; SIQUEIRA-BATISTA, 2018, *op. cit.*



Imagem 3. Quarto em Arles. Vincent Van Gogh (1ª versão, 1888). Museu Van Gogh.

Outra pergunta, talvez mais inquietante do que a primeira, é: quem está livre de tal sonho? Resta saber que concepção de bem-estar está sendo adotada e que valores estão nela embutidos. Seria esse bem-estar proporcionado: (1) Pelo sentimento de pertencimento a um grupo, identificado como diferenciado por representar um padrão de vida invejável (bem-estar ligado ao *status* social)? (2) Um bem-estar proporcionado pelo declínio da sensibilidade em relação às necessidades do outro? (3) Um bem-estar associado à capacidade de consumo de bens valorizados pelo mercado? (4) Um bem-estar proporcionado pela medicalização da existência? (5) Um bem-estar proporcionado pela segurança?

Enfim, o que é 'vendido' o tempo todo, senão isto: maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir? Segundo

Pelbart⁶¹, o fato é que são consumidos não apenas bens; consomem-se, sobretudo, diz ele, formas de vida. Formas de vida que supostamente livrariam dos riscos, como por exemplo: café sem caféina, sexo virtual, investimentos afetivos bem planejados, cerveja sem álcool, vidas em condomínios fechados, carros blindados. Como, então, resistir ao ideário do risco, se o bem-estar depende de evitá-lo? Vale lembrar que o biopoder é um dispositivo que, entre outras coisas, discrimina indivíduos e populações utilizando o conceito de risco e que, com frequência, comportamentos de risco estão relacionadas à obtenção de prazer, o que acaba levando a uma moralização de condutas relacionadas.

É precisamente nesse âmbito de debates que Castiel (2007) chama a atenção para o papel do risco no discurso da promoção da saúde e sua relação com a noção de estilo de vida⁶². O autor observa que a promoção da saúde, associada à ideia de risco, surge no momento em que o neoliberalismo começa a ganhar força nos países anglo-saxões, com o propósito de reduzir os custos na área social⁶³. De fato, com o objetivo de reduzir gastos com o sistema de saúde, os indivíduos foram incentivados a assumir a responsabilidade pela própria saúde, evitando os comportamentos de riscos – como o uso do álcool (Imagem 4) e do tabaco (Imagem 5) – que poderiam ameaçá-la. Ressalta-se que não se trata apenas do bem-estar pessoal, mas também do coletivo. Nas sociedades atuais, em que a gestão do risco ocupa uma posição proeminente, não é de estranhar que a ideia de risco diga respeito não apenas ao fato de que cada pessoa possa estar constantemente exposta aos mais diversos riscos, mas também ao fato de que cada um pode ser um fator de risco para os

⁶¹ PELBART, P. P. Poder sobre a vida, potência da vida. **Lugar Comum**, v. 17, p. 33-43, 2001-2002.

⁶² CASTIEL, L. D. **A saúde persecutória: o limite da responsabilidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

⁶³ *Idem*.

próximos. Ou seja: aqueles que têm hábitos de vida considerados nocivos representam um risco para os demais. Primeiro, por terem maior probabilidade de precisarem fazer uso de recursos que são da coletividade (dificultando o acesso aos serviços daqueles que se cuidam). Segundo, pelo “mau exemplo” da fraqueza de vontade dos insensatos, isto é, daqueles que não se controlam, os fracos, os incompetentes para exercer a força de vontade no domínio do corpo e da mente⁶⁴.

Neste sentido, a ideia da necessidade de segurança intensifica-se e amplia-se por todo o corpo social, cabendo ressaltar que os dispositivos de segurança são uma peça-chave da governamentalidade biopolítica, segundo Foucault⁶⁵. Para a APS/ESF, a gestão do risco ocupa uma posição proeminente; não é por menos que ela opera, sobretudo com a prevenção e a promoção da saúde, como um dispositivo biopolítico (de segurança) que busca combater os riscos em suas mais distintas naturezas, econômico, político e social⁶⁶. É possível observar, aqui, uma questão bioética, quando se reconhece a discriminação, a marginalização dos “desviantes” da norma – aqueles que podem “contaminar” os outros –, considerando que quem está mais vulnerável deveria ser objeto de mais atenção (acolhimento), sobretudo quando se leva em conta a relevância da equidade, segundo a qual se deve dar mais a quem tem menos, com o objetivo de alcançar, adiante, certa igualdade. Siqueira-Batista e Schramm resgatam a ideia aristotélica de equidade, evidenciando a tensão entre a justiça como igualdade e como equidade, mostrando que, para Aristóteles, um tratamento desigual é necessário para corrigir injustiças:

⁶⁴ GAUDENZI, P. Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

⁶⁵ FOUCAULT, 2006, *op. cit.*

⁶⁶ WEBER, 2011, *op. cit.*

Sem embargo, Aristóteles introduz noções capitais que se mantêm atuais ainda hoje. Divide a justiça em 1) comutativa (corretiva ou retificativa), a qual regula as relações entre os cidadãos, e 2) distributiva, que consiste na distribuição equitativa – de honorarias, fortuna e todas as demais coisas – entre os que compõem a sociedade, ou seja, podendo ocorrer participação igual ou desigual na dependência das circunstâncias (Aristóteles, 1985). Assim, pode-se dizer que o estagirita situa a justiça no horizonte da equidade (*epicikeia*), como o demarcado no Livro V da *Ética* a Nicômaco.⁶⁷

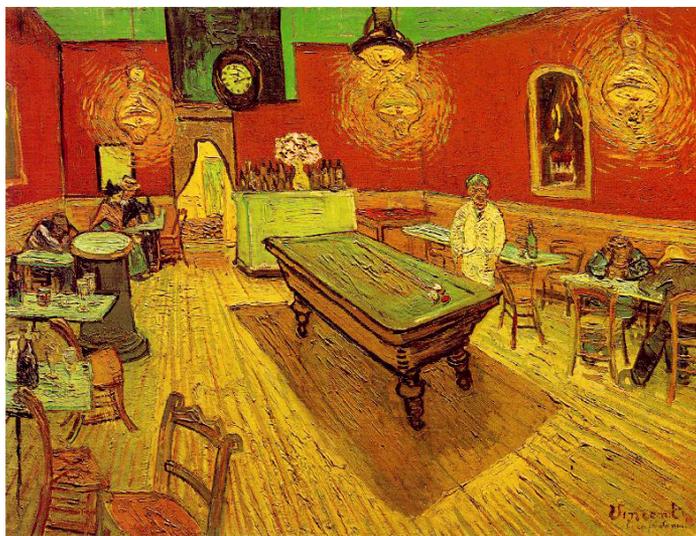


Imagem 4. Café Noturno. Vincent Van Gogh (1888). Yale University Art Gallery.

O biopoder, diz Pelbart – seguindo Foucault – não visa mais, como era o caso das modalidades anteriores de poder, a barrar a vida, mas a encarregar-se da vida, visa mesmo a intensificar a vida, otimizá-la, afastá-la de riscos:

O fato é que consumimos, mais do que bens, formas de vida – e mesmo quando nos referimos apenas aos estratos mais carentes da população, ainda assim essa tendência é crescente. Através dos fluxos de imagem, de

⁶⁷ SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, 2005, p. 133.

informação, de conhecimento e de serviços que acessamos constantemente, absorvemos maneiras de viver, sentidos de vida, consumimos toneladas de subjetividade. Chame-se como se quiser isto que nos rodeia, capitalismo cultural, economia imaterial, sociedade de espetáculo, era da biopolítica, o fato é que vemos instalar-se nas últimas décadas um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade.⁶⁸

Pelbart ressalta, ainda, que nessa lógica da “economia imaterial”, da “sociedade de espetáculo”, do *capitalismo tardio*⁶⁹, o poder já não se exerce do *exterior* – de fora ou de cima, por exemplo –, mas sim de dentro. É do *interior* que provêm as capturas:

[...] o poder já não se exerce desde fora, nem de cima, mas como que por dentro, pilotando nossa vitalidade social de cabo a rabo. Não estamos mais às voltas com um poder transcendente, ou mesmo repressivo, trata-se de um poder imanente, produtivo. Um tal biopoder não visa barrar a vida, mas se encarrega dela, intensifica-a, otimiza-a.⁷⁰

Isso explica a extrema dificuldade em organizar as resistências. De fato, como resistir à ideia de uma vida otimizada, longa? Como perceber questões bioéticas no âmbito da APS/ESF, se o seu discurso se apoia sobretudo na otimização da vida, colocando a saúde como um bem a ser promovido?

⁶⁸ PELBART, 2001-2002, *op. cit.*, p. 34.

⁶⁹ Para Foucault, “a época do Spätkapitalismus* [* em alemão, capitalismo tardio, (N.T.)], em que a exploração do trabalho assalariado já não exige as mesmas restrições violentas e físicas do século XIX [...]” (p. 124). FOUCAULT, 2017, *op. cit.*

⁷⁰ PELBART, P. P. Vida e morte em contexto de dominação biopolítica. Conferência proferida no Ciclo "O fundamentalismo contemporâneo em questão", organizado pelo Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP [Internet] 2008, p. 8. [Citado 2019 set. 6]. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/34705266-Vida-e-morte-em-contexto-de-dominacao-biopolitica.html>>.



*Imagem 5. Cabeça de esqueleto com cigarro aceso. Vincent Van Gogh (1886).
Amsterdam Van Gogh Museum.*

No que toca a tal espaço-tempo de atenção à saúde, não seria então possível dizer que com uma nova proposta, ou com uma ‘nova roupagem’, como explica Pinto⁷¹, pautada no discurso da prevenção e da promoção, a estratégia visa construir um indivíduo que se conduza dentro de limites aceitáveis, um indivíduo disciplinado/controlado, sujeitado, sem lançar mão de autoritarismo, de práticas repressivas? E, ainda: a APS/ESF não seria um instrumento de normalização, regida por uma lógica massificante, homogeneizante, própria à racionalidade da biopolítica? Segundo a autora:

As ‘novas roupagens’ a que nos referimos são, principalmente, os enunciados que pretendem colocar a ESF como um novo modelo médico assistencial: o conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde e as suas normas-valores correlatos: bem-estar e qualidade de vida. A utilização dessas normas-valores como universais comuns faz com que o dispositivo funcione sob uma lógica massificante/homogeneizante, própria à racionalidade biopolítica. Nesse sentido, promover saúde pode tanto resultar no controle das condições de vida da população e de indivíduos,

⁷¹ PINTO, 2010, *op. cit.*

quanto em educá-los para hábitos saudáveis a fim de que todos e cada um dirijam uma vigilância a si próprios.⁷²

Tal vigilância tem como parâmetro normas e valores ditados pela APS/ESF, o que a “eleva” a uma posição de superioridade “na qualidade de conhecedora dos males e riscos alheios, legitimando sua intromissão nos domicílios e suas prescrições de modos de vida”⁷³. Essa posição-pretensão de superioridade dos profissionais da APS/ESF é análoga à posição do mestre que se coloca no lugar de transmissor de conhecimentos, enquanto o aluno assume o papel de receptáculo passivo dos saberes do mestre, na lógica da educação bancária, criticada por Freire (1970)⁷⁴, ainda muito presente nos cursos de graduação da área da saúde. Com efeito, de acordo com Gomes e Rego, as contribuições advindas do pensamento de Freire para a transformação das escolas médicas no Brasil são valiosas no sentido de criar uma consciência crítica, condição indispensável para reconhecer que a realidade opressora é mutável:

A educação que leva ao desenvolvimento crítico não deve ser bancária. O professor não deve agir como um agente transmissor de informações, transferindo conteúdos e depositando nos estudantes. Ensinar não é transferir conteúdos somente, “faz parte de sua tarefa docente não apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar certo.”⁷⁵

Uma das proposições conceituais sobre promoção da saúde, segundo Caponi e Verdi⁷⁶, está em perfeita sintonia com esta postura de mestre. De fato, as autoras destacam que existem duas formulações teóricas – divergentes entre si – que respaldam cada uma delas, as duas grandes

⁷² PINTO, 2010, *op. cit.*, p. 35.

⁷³ PINTO, 2010, *op. cit.*, p. 12.

⁷⁴ FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.

⁷⁵ GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: Contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 38, p. 302, 2014.

⁷⁶ CAPONI, S.; VERDI, M. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva Bioética. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

tendências de conceituação da promoção da saúde. A primeira, centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida:

Uma das características da primeira tendência é o seu enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem. Nesta ótica, a promoção da saúde tende a priorizar aspectos educativos ligados a fatores de riscos comportamentais individuais, e, portanto, processo potencialmente controlado pelos próprios indivíduos.⁷⁷

A segunda concepção de promoção da saúde, explicam Caponi e Verdi, é dirigida a um enfoque mais amplo que supõe o desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde, considerando a importância fundamental dos determinantes sociais da saúde, cujo amplo espectro de fatores está diretamente relacionado com a qualidade de vida individual e coletiva:

Logo, promover a saúde implica considerar padrões adequados de alimentação, de habitação e de saneamento, além de boas condições de trabalho, acesso à educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. Promover a saúde implica, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural.⁷⁸

Quanto à primeira concepção de promoção, de enfoque fortemente comportamental, cabe ressaltar um dos seus principais riscos, a saber, a possibilidade de as políticas públicas de saúde virem a ser formuladas de modo reducionista, “transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais”⁷⁹, o que significa não apenas deslocar o cerne da questão “do corpo social para o corpo biológico ou físico”, como também deslocar “a responsabilidade da

⁷⁷ CAPONI, VERDI, 2005, *op. cit.*, p. 84.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 83.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 28.

produção de respostas efetivas do nível do Estado para o próprio indivíduo”⁸⁰. Encobrir a responsabilidade do Estado e, conseqüentemente, culpabilizar apenas o indivíduo por seus problemas de saúde, seria eticamente aceitável?

O referido reducionismo – na formulação de políticas públicas – deixaria de lado os determinantes sociais, econômicos e políticos do processo saúde-doença, hipertrofiando um dos campos de ação da promoção da saúde, a educação em saúde. Vale lembrar que, em um dos documentos de referência sobre promoção da saúde – A Carta de Ottawa, redigida na *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em novembro de 1986⁸¹ –, a saúde é entendida como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza não apenas as esferas pessoais, mas, sobretudo as sociais. Assim, segundo tal documento, a promoção da saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde, tampouco dos indivíduos, e vai para muito além de um estilo de vida saudável, tendo como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. No entanto, o estilo de vida saudável passou a ser o foco da promoção, afinando-se perfeitamente com a nova ordem social (já intuída por Foucault), denominada por Deleuze de sociedade de controle⁸², expressão do exercício do biopoder na sociedade contemporânea⁸³. Aprimoram-se, então, os mecanismos de vigilância, que se estendem para todos os espaços da vida pública (de fato, a proliferação de câmeras de vídeos em

⁸⁰ *Ibid.*, p. 85.

⁸¹ WHO. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: WHO; 1986.

⁸² DELEUZE, 1992, *op. cit.*

⁸³ DELEUZE, 1992, *op. cit.* Ver também, a esse respeito: SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; ALBUQUERQUE, V. S.; CAVALCANTI, F. O. L.; COTTA, R. M. M. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013.

muitos espaços sociais, os aparelhos celulares, os cartões de crédito e a comunicação pela internet, por exemplo, facilitam o exercício de mecanismos de vigilância e controle cada vez mais eficientes). Mais: os mecanismos de controle acabam sendo interiorizados pelos indivíduos que passam a vigiar a si mesmos e uns aos outros. É o biopoder, diz Pelbart, que passou a organizar e controlar a vida em todas as suas dimensões:

Até mesmo o sexo, a linguagem, a comunicação, a vida onírica, mesmo a fé, nada disso preserva já qualquer exterioridade em relação aos mecanismos de controle e monitoramento [...] já mal sabemos onde está o poder, e onde estamos nós, o que ele nos dita, o que nós, dele queremos. Nós nos encarregamos de administrar nosso controle, e o próprio desejo está inteiramente capturado. Nunca o poder chegou tão longe e tão fundo no cerne da subjetividade e da própria vida como nessa modalidade contemporânea do biopoder.⁸⁴

A condição em que o sujeito tem seu desejo inteiramente capturado, e substituído por ideais de como a vida dever ser (perca peso, evite gordura, deixe de fumar, pratique sexo seguro, faça atividades físicas, não seja violento), remete ao conceito de “vida nua” formulado por Agamben⁸⁵, o qual Pelbart traduziu como “vida besta”⁸⁶. A rigor, segundo esses autores, não se trataria mais de “vida”; já que o poder, agora, produz “sobrevidas”⁸⁷. Não seria, então, o caso de perguntar se o biopoder contemporâneo, visando ao controle da vida em todas as suas dimensões, não estaria produzindo formas de subjetivação eticamente questionáveis. Formas de vida, diz Pelbart⁸⁸, violadas, invadidas, colonizadas por um dispositivo que congrega nada menos que as ciências, o capital, o Estado,

⁸⁴ PELBART, P. P. Biopolítica. Sala Preta; v. 7, 2007, p. 58.

⁸⁵ AGAMBEN, G. **Homo sacer – o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2014.

⁸⁶ PELBART, P. P. Vida nua, vida besta, uma vida. Trópico [Internet] 2007 [Citado 2017 fev. 27]; :1-5. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>.

⁸⁷ PELBART, 2007, *op. cit.*

⁸⁸ PELBART, 2007, *op. cit.*

a mídia, aumentando a potência de todos eles. Quanto a essa vida, não interessa mais “fazer viver ou morrer”, explica ele, mas, fundamentalmente, “fazer sobreviver”, produzindo o que Agamben⁸⁹ chamou de “vida nua”:

O biopoder contemporâneo, segundo Agamben – e nisso ele parece seguir, mas também “atualizar” Foucault – já não se incumbem de fazer viver, nem de fazer morrer, mas de fazer sobreviver. Ele cria sobreviventes. E produz a sobrevida. No contínuo biológico, ele busca até isolar um último substrato de sobrevida. Como diz Agamben: “Pois não é mais a vida, não é mais a morte, é a produção de uma sobrevida modulável e virtualmente infinita que constitui a prestação decisiva do biopoder de nosso tempo.”⁹⁰

Como observa Junges⁹¹, Agamben diz que o que torna possível a biopolítica é a restrição da vida à sua precariedade e vulnerabilidade, ou a redução do ser humano à sua vida nua. Reduzir o ser humano à sua vida nua é o mesmo que privá-lo de sua dignidade de cidadão, considerando apenas sua vida biológica (que pode ser caracterizada como inferior, tal qual aconteceu com os judeus, considerados pela biocracia nazista como “raça inferior”). Para entender esse fenômeno, explica Junges, Agamben parte da distinção grega dos dois sentidos de vida: “bios” e “zoe”⁹². Enquanto *bios* é identificada como vida moral e política (o que diferencia a vida humana da vida animal), *zoe*, é a vida física ou natural, que põe os humanos e os animais no mesmo patamar⁹³. Portanto, para a abordagem bioética das questões contemporâneas – no caso em tela, atinentes ao domínio da APS/ESF –, é fundamental a distinção entre *bios* e *zoe*, não

⁸⁹ AGAMBEN, 2014, *op. cit.*

⁹⁰ PELBART, 2007, *op. cit.*, p. 1.

⁹¹ JUNGES, 2009, *op. cit.*

⁹² Aqui, vale o lúcido comentário de Foucault no capítulo final da História da sexualidade I: a vontade de saber: “O homem, por milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal em cuja política sua vida de ser vivo está em questão” (pp. 154-155). FOUCAULT, 2017, *op. cit.*

⁹³ JUNGES, 2009, *op. cit.*

porque ela, por assim dizer, se desocupe da dimensão biológica do ser humano, mas sim porque cabe à bioética tornar os “seres biológicos” em “seres autônomos”, dotados de biografias e responsáveis (e não culpados...) pelas próprias ações:

Aplicada aos seres humanos, a distinção entre zoe e bios permite considerá-los tanto como membros da espécie biológica *homo sapiens* quanto como cidadãos ou pessoas, ou seja, como seres biológicos (ou “naturais”) e como seres que transcendem, em suas vidas cognitivas, morais e políticas, sua condição de seres “zoológicos” submetidos às leis naturais, para se tornarem seres “biológicos” autônomos, com biografia e responsáveis por seus atos ou práxis.⁹⁴

São esses seres, reduzidos à sua dimensão biológica, que interessam à biopolítica, pois não está em seus planos considerar os fatores culturais e históricos que diferenciam os integrantes de um grupo entre si, tampouco o que diferencia uma comunidade de outra, o que inevitavelmente faz com que o seu discurso se torne intolerante e autoritário. Desde esta perspectiva, para Kottow, cabe à bioética opor-se à biopolítica, pois há entre elas uma incompatibilidade profunda⁹⁵, quiçá como considerado por Lopes e colaboradores:

propõe-se que a bioética [...] assuma o papel de um genuíno antídoto às capturas biopolíticas e aos dispositivos do biopoder, os quais podem ser instrumentalizados no bojo da ESF, em sintonia com a massificação e a uniformização das ações desempenhadas na esfera da APS.⁹⁶

⁹⁴ SCHRAMM, F. R. O uso problemático do conceito ‘vida’ em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. *Revista Bioética*, v. 17, n. 3, 2010, p. 380.

⁹⁵ KOTTOW, M. Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 1, n. 2, p. 110-121, 2005.

⁹⁶ OLIVEIRA, I. L. V. A. C.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Biopolítica, biopoder e Estratégia Saúde da Família: a bioética da proteção como antídoto. In: PALÁCIOS, M. *Bioética, saúde e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, p. 67.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sucinta descrição das questões bioéticas identificadas na APS/ESF – por distintos autores – foi o ponto de partida para a construção, no presente ensaio, de leituras foucaultianas dirigidas aos problemas, a partir dos conceitos de biopolítica e de biopoder. As considerações, ora apresentadas, permitem que se proponha que, apesar do incontestável avanço representado com o advento da APS/ESF – em termos da organização do SUS e da reorientação das práticas de saúde –, seu *modus operandi* pode servir aos dispositivos biopolíticos e às capturas do biopoder, colonizando a vida em prol das lógicas do capitalismo tardio: vida subserviente e produtiva de um *sujeito assujeitado*⁹⁷.

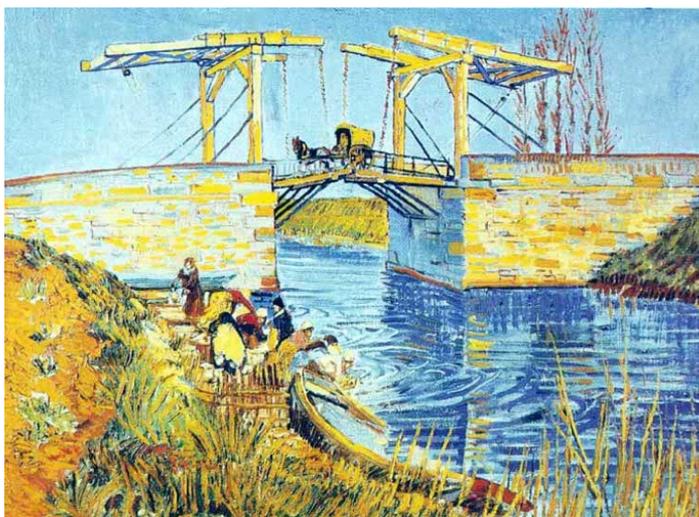


Imagem 6. A ponte de Langlois em Arles. Vincent Van Gogh (1888).

Kröller – Müller, Otterlo, Holanda.

⁹⁷ FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: MOTA, M. B. Ditos e escritos. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004;

A questão que se apresenta, no atual cenário, diz respeito às resistências que podem ser produzidas – afinal, como “ensinado” por Deleuze, “não cabe temer ou esperar, mas buscar novas armas”.⁹⁸ Nesse sentido, propõe-se a bioética, ponte (Imagem 6) entre as humanidades e as ciências da saúde e da vida, como um antídoto⁹⁹, – dada sua condição diametralmente oposta à biopolítica e ao biopoder – capaz de trazer ferramentas teóricas necessárias ao exercício da liberdade, em prol de uma vida que se maximize em termos da potência criativa da existência... Quiçá, matizada pelas cores de Vincent van Gogh.

⁹⁸ DELEUZE, 1992, *op. cit.*, p. 220.

⁹⁹ OLIVEIRA, I. L. V. A. C.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Biopolítica, biopoder e Estratégia Saúde da Família: a bioética da proteção como antídoto. In: PALÁCIOS, M. Bioética, saúde e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SOBRE OS AUTORES

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela UFRJ, Diretora de Enfermagem da Maternidade Escola da UFRJ. Professora Titular do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos, Enfermeira Obstétrica e Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ.

Andréia Patrícia Gomes

Médica e graduanda em Direito. Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; Professora Associada do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa; Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Viçosa.

Arthur Santana de Paulo

Doutorando e Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGBIOS). Graduado em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora e Pós-graduado em Direito do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes. Pós-graduado em Educação Tecnológica pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca - CEFET-RJ. Atualmente é servidor do

Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

Claudia Borges e Souza Paraizo

Doutora em Bioética, Ética e Saúde Coletiva com formação em Ética Organizacional - Universidade Laval - Québec/Canadá. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa de Recursos Humanos em Saúde (Nerhus-ENSP). Pesquisadora do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada (NUBEA) e do Laboratório de Ética nas Relações de Trabalho e Estudo (LABERTE). Docente colaboradora da disciplina em Ética Profissional (Fiocruz/ENSP) e da disciplina Ética Organizacional (NUBEA-UFRJ).

Edna Estelita Costa Freitas

Presidente do Grupo de Estudo e Trabalho em Cuidados Paliativos HUCFF/UFRJ. Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva FioCruz-PPGBIOS, Médica, UTIs do HUCFF/ UFRJ, do Hospital CopaStar e da Clínica São Vicente.

Elen C. Carvalho Nascimento

Cientista Social (Uff), Mestre em Design (Puc), doutoranda do PPGBIOS. Pesquisadora visitante na Monash University pelo PDSE-CAPES, Membro do BraiNNIAC, rede interdisciplinar de pesquisa dedicada à investigação científica e às atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Nanotecnologia, Neurociências, Inteligência Artificial e Cognição (UFV)..

Fermin Roland Schramm

Licenciatura, Letras - Université de Génève. Mestrado em Semiologia -

École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris. Doutor em Saúde Pública FioCruz e Pós-Doutorado em Bioética pela Universidade do Chile. Pesquisador Titular da FioCruz, Professor colaborador da Universidade de Brasília, da Universidade do Chile e do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães de Recife.

Guilherme Nacif de Faria

Bacharel em Direito. Mestre e Doutor em Direito Privado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Professor Associado do Departamento de Direito da Universidade Federal de Viçosa.

Irene Lopes Vieira Alves da Cunha Oliveira

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFF-PPGBIOS).

João Andrade Sales

Médico, Mestre em Ciências Médicas- UFRJ, Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva FioCruz-PPGBIOS, Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética, Regional do Estado do Rio de Janeiro.

João Cardoso de Castro

Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - UFRJ, com período sanduíche [CAPES] na DePaul University (Chicago). Possui graduação em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e mestrado em Educação em Ciências e Saúde pela UFRJ. Atualmente é professor de Filosofia e

Bioética em cursos de graduação e Coordenador da Editora UNIFESO.

Josimário Silva

Doutor em Cirurgia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo SP. Professor do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco. Coordenador Nacional da Rede Bioética Brasil

Lorraine Veran

Médica, Especialista AMIB-AMB em Medicina Intensiva. Residência Médica, Clínica Médica (SCMRJ) e Endocrinologia (IEDE). Pós-graduação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Paliar. Atua no ambulatório de Cuidados Paliativos e Coordenação da Internação Hospitalar do Américas Oncologia (UHG-Brasil).

Luiz Vianna Sobrinho

Médico cardiologista há 33 anos, bioeticista desde 2004, atualmente doutorando-se pelo PPGBIOS/RJ. Ex-gerente médico no Fiosaúde, hoje coordena equipe na Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Autor do livro 'Medicina Financeira – a ética estilhaçada'. Reingressou na graduação em filosofia, e é professor convidado de bioética da Residência Multiprofissional do HUAP/UFF e do Departamento de Direitos Humanos Saúde e Diversidade Cultural/ENSP-Fiocruz. Membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Bioética/Regional RJ. Coordenador do Observatório da Medicina ENSP/Fiocruz.

Mabel Krieger

Psicóloga clínica de perspectiva Junguiana. Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva - PPGBIOS. Psicóloga paliativista na unidade de Cuidados Paliativos Exclusivos do Instituto Nacional de Câncer, preceptora e docente da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

Manuela Vidigal Bertão

Médica, Especialista em Medicina Interna. Docente da Unidade Curricular "Semiologia Médico-Cirúrgica" e Unidade Curricular "Introdução à Medicina" com tema da Medicina Narrativa, e Unidade Curricular "Cuidados Paliativos" com temas Espiritualidade e Cuidados Paliativos Geriátricos no Mestrado Integrado em Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto-Portuga. Membro fundadora do Grupo de Estudos e Reflexão em Medicina Narrativa (Germen). Atua na Equipe Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar Universitário do Porto.

Márcio Niemeyer-Guimarães

Médico, UTIs e Núcleo de Cuidados Paliativos do HFSE-MS e do Hospital Samaritano (UHG-Brasil). Mestre em Clínica Médica, Terapia Intensiva UFRJ e Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (FioCruz/PPGBIOS), com doutorado-sanduíche CAPES no Instituto de Bioética da UCP, Porto-Portugal. Professor Adjunto, Medicina - Unifeso, Teresópolis e professor colaborador da Pós-graduação em Medicina Paliativa do Instituto Paliar.

Márcia Regina Costa

Psicóloga Clínica e Hospitalar. Doutora em Psicologia/PPGP-UFRJ
Coordenadora de Educação em Saúde e docente – INCA. Docente
INTERFISIO e IPV. Coordenadora do Grupo PsiVidaOncologia

Maria Gilda Alves de Oliveira

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (FIOCRUZ).
Licenciada em Ciências Sociais, o que lhe possibilitou lecionar sociologia
no ensino médio durante muitos anos. Mestre em Saúde Coletiva,
trabalhou como sanitarista em diversas áreas da Secretaria de Estado de
Saúde do Rio de Janeiro. Especialista em Gestão Pedagógica das Escolas
Técnicas do SUS e em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na
Educação em Saúde Coletiva, atualmente ela trabalha em uma escola
técnica do SUS: a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira
Izabel dos Santos.

Murilo Cardoso de Castro

Doutor em Filosofia e Geografia (UFRJ), com período sanduíche na
Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3. Mestre em Geografia (UFRJ).
Graduação em Administração (UFRJ). Pesquisador em Sistema de
Informação Geográfico do Grupo RETIS, Instituto de
Geociências/UFRJ. Foi professor de Cartografia Aplicada no
CREDAL/IHEAL Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3 e Informática
na PUC-Rio.

Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta

Formação precedente em Direito com pesquisas direcionadas ao

Biodireito e Direito Civil, atualmente Enfermeiro, Mestre e Doutorando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ-PPGBIOS). Bolsista CAPES, compõe o Grupo de Pesquisa do CNPq de Bioética Clínica - Ética e os Cuidados em Saúde (UFRJ). Membro do BraiNNIAC, rede interdisciplinar de pesquisa dedicada à investigação científica e às atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Nanotecnologia, Neurociências, Inteligência Artificial e Cognição (UFV). Associado ABRASCO.

Renata da Silva Fontes Monteiro

Psicóloga, Gestalt Terapeuta, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestre em Saude Coletiva, Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS). É professora da Faculdade de Medicina da Univercidade Estácio de Sá e da Faculdade de Fonoaudiologia da Universidade Veiga de Almeida.

Roberta Lemos

Fisioterapeuta. Mestre em Bioética Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela ENSP/Fiocruz. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) pela ENSP/Fiocruz. Docente do Centro Universitário Celso Lisboa.

Rodrigo Siqueira-Batista

Médico, filósofo e matemático. Doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Professor Associado do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV); Professor Titular da Escola de Medicina da

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP); Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador do BraiNNIAC, rede interdisciplinar de pesquisa dedicada à investigação científica e às atividades de ensino e extensão nas áreas de Nanotecnologia, Neurociências, Inteligência Artificial e Cognição. Bolsista de Produtividade em Pesquisa (nível 2) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Sergio Rego

Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz; coordenador do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva na Fiocruz; Coordenador da Unidade do Rio de Janeiro da Rede Internacional da Cátedra da Unesco de Bioética da Universidade de Haifa; Pesquisador 1D do CNPq.

