

CAMINHOS DA BIOÉTICA

VOL III

ORGANIZADORES

JOÃO CARDOSO DE CASTRO
MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES
RODRIGO SIQUEIRA-BATISTA



ORGANIZADORES
JOÃO CARDOSO DE CASTRO
MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES
RODRIGO SIQUEIRA-BATISTA

CAMINHOS DA BIOÉTICA

VOLUME III

EDITORA UNIFESO
TERESÓPOLIS
2020

Copyright© 2020 Editora UNIFESO
Todos os direitos reservados. Proibida reprodução, mesmo parcial, por qualquer
processo, sem a autorização escrita da Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO

Comitê Executivo

Elaine Maria de Andrade Senra (Presidente)
João Cardoso de Castro (Coordenador Editorial)
Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Conselho Editorial e Deliberativo

Ana Maria Gomes de Almeida
Edenise Silva Antas
Elaine Maria de Andrade Senra
João Cardoso de Castro
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial

Jessica Motta da Graça

Revisor

Anderson Marques Duarte

Diagramação

Jessica Motta da Graça

Capa: *Inconfidência (Sebollas) - Secretário / RJ*
Márcio Niemeyer-Guimarães (acervo pessoal)

C191 Caminhos da Bioética – Volume 3/ João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer-Guimarães, Rodrigo Siqueira-Batista (organizadores). Coleção FESO --- Teresópolis: Editora UNIFESO, 2020.

412p.: il.

ISBN: 978-65-87357-09-6

1. Bioética. 2. Saúde. I. de Castro, João Cardoso. II- Niemeyer-Guimarães, Márcio. III. Siqueira-Batista, Rodrigo. IV. 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

APRESENTAÇÃO

José Feres Abido Miranda¹

Início a apresentação desta obra profundamente sensibilizado pelo convite dos organizadores considerando, a enorme relevância dos temas aqui destacados, o enfoque interdisciplinar envolvendo as problematizações éticas, no âmbito do cuidado em saúde, do direito, da biologia, do meio ambiente, e da incorporação de novas tecnologias.

Considerando que a Bioética tem o seu desenvolvimento a partir da segunda metade do século XX, impulsionado pelo desenvolvimento das ciências biológicas e, particularmente da medicina, deveu-se ao grande impulso promovido pela pesquisa científica e a crescente utilização de cobaias vivas humanas e não humanas, fatos marcantes para o desenvolvimento dessa área do desenvolvimento. Durante as experiências horripilantes, *in anima nobile*, praticada nos campos de concentração nazistas, fundamentadas nesta ideologia, e a tragédia provocada pelo uso indiscriminado na talidomida, pela indústria farmacêutica nos anos 50, foram responsáveis pela minudência dos debates éticos sobre comportamentos afetando as condições de vida e o direito das pessoas.

Na origem da bioética os autores de relevância, tal como o filósofo Tom L. Beauchamp e o filósofo e teólogo James F. Childress, inspirados nas contribuições da filosofia moral kantiana e os estudos éticos normativos. Os autores desta obra que você irá no conjunto apreciar, foram capazes de garantir uma fundamentação teórica consistente, a exemplo dos autores citados. Além disso, promovem uma problematização de temas específicos da bioética que impactam de forma

¹ Médico clínico; Mestre em Educação pela UCP; Professor Titular de Clínica Médica do UNIFESO; Pró-reitor de Desenvolvimento Institucional do UNIFESO.

prática no dia a dia das pessoas e da sociedade. Deste modo, e de certa forma, aproximam-se de Peter Singer, filósofo australiano, autor do clássico "Ética Prática".

Para uma formação geral você transitará entre *"educação, socialização e neuroenhancement: contribuições brasileiras para o neuroaprimoramento moral"*, assim como poderá apropriar-se de como ocorre a interação entre a *"a bioética, a ciência e a ética logosófica"*, refletindo sobre o conhecimento de si mesmo. Será possível também analisar nos debates os conflitos de interesse, considerando uma ética sanitária frente ao contexto da globalização em *"bioética de proteção: uma antiga e nova ferramenta para o campo da saúde pública?"* e também problematizar sobre a conduta dos seres humanos em relação a outros seres humanos e a outras formas de existência em: *"(bio)ética para todos os seres: prêmio"*.

Quando fiz alusão às questões práticas abordadas no livro, essas diziam respeito a diferentes aspectos no qual o cuidado em saúde está em evidência, a exemplo da: *"confidencialidade da atenção em saúde - observações sobre as clínicas de ensino em odontologia"*; assim, como nos: *"sentidos de responsabilidade em cuidados intensivos neonatais"*. Apresenta também um estudo sobre a incorporação de tecnologias adequadas quando aborda a *"a indicação da ventilação não invasiva como recurso terapêutico para pacientes em fim de vida: considerações éticas"*.

Atualíssimas são as abordagens dos temas éticos referente a COVID-19, enfocando a formação profissional em *"a pandemia de covid-19 e as demandas bioéticas na formação do fisioterapeuta"*. Destaco com grande relevância a abordagem sobre a angustiante tomada de decisão profissional na ponta do Sistema de Saúde em *"quem vai para o CTI a tomada de decisão bioética em condições de escassez de recursos no contexto da pandemia de covid-19"*. Penso em como não correlacionar os relatos por mim citados referentes aos experimentos nazistas, e ao uso abusivo da talidomida, no

início desta apresentação frente ao capítulo que aborda o *"contraponto heideggeriano ao cinismo do "e daí?"*

A atual capacidade da ciência da computação de construir mecanismos que simulem a capacidade humana de pensar, e suas implicações éticas, estão consideradas em duas abordagens, uma primeira, de forma geral: *"inteligência artificial: uma discussão bioética dos sistemas de informação* outra, específica em: *"ponderações bioéticas sobre a interseção entre o princípalismo de Beauchamp e Childress, a ética do cuidar e o apoio da inteligência artificial na tomada de decisão em fim de vida"*.

Fiel a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que é inerente à bioética, este livro perpassa os dilemas éticos frente ao coletivo quando, analisa *"os impactos da mudança climática e os desafios bioéticos e seu contexto histórico"*.

Em outro momento, enfoca as demandas por normatização pela sociedade seja em *"o apelo das normas ante o abandono do ser: considerações a partir de Martin Heidegger"*, ou quando discute o dilema *"das interações psiquiátricas involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia"*.

Nesta obra leitor, você encontrará fundamentação teórica, abordagem prática e instigante de temas relevantes e atuais da bioética em importantes contextos de nossa sociedade, tanto no âmbito da esfera pública, como no da nossa vida individual. Ao concluir essa leitura e suas reflexões sobre ela, certamente ampliará seu arsenal para contribuir na construção de uma sociedade cada vez mais justa solidária e ética.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
José Feres Abido Miranda	8
PREFÁCIO	14
Rui Nunes	14
SOBRE OS ORGANIZADORES	17
A PANDEMIA DE COVID-19 E AS DEMANDAS BIOÉTICAS NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA	19
Talita Leite Ladeira	
OS IMPACTOS DA MUDANÇA CLIMÁTICA E OS DESAFIOS BIOÉTICOS. MUDANÇA CLIMÁTICA E SEU CONTEXTO HISTÓRICO	33
Luiz Fernando de Alcântara, Luiz Alberto de Alcântara	
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	52
Elen Nas	
CONTRAPONTO HEIDEGGERIANO AO CINISMO DO “E DAÍ?”	75
Murilo Cardoso de Castro	
EDUCAÇÃO MORAL NOS ESTADOS UNIDOS	87
Arthur Santana de Paulo	
OS CONFLITOS MORAIS E A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NOS CASOS DE ANENCEFALIA: O ENCONTRO DE MÉDICOS E MULHERES NA FRONTEIRA DO CUIDADO	106
Ana Paula Vieira dos Santos Esteves	
A INDICAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM FIM DE VIDA: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	144
Fabíola Alves Alcântara	
EDUCAÇÃO, SOCIALIZAÇÃO E <i>NEUROENHANCEMENT</i>: CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS PARA O NEUROAPRIMORAMENTO MORAL	159
Roberta Lemos dos Santos	

PONDERAÇÕES BIOÉTICAS SOBRE A INTERSEÇÃO ENTRE O PRINCIPALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS, A ÉTICA DO CUIDAR E O APOIO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TOMADA DE DECISÃO EM FIM DE VIDA 171
Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta, Ronaldo Goldschmidt

CONFIDENCIALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE: OBSERVAÇÕES SOBRE AS CLÍNICAS DE ENSINO EM ODONTOLOGIA 179
Luciana Narciso da Silva Company, Sergio Rego

SENTIDOS DE RESPONSABILIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS 201
Carmen Carvalho

BIOÉTICA DE PROTEÇÃO: UMA ANTIGA E NOVA FERRAMENTA PARA O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA? 216
Fermin Roland Schramm

QUEM VAI PARA O CTI? A TOMADA DE DECISÃO BIOÉTICA EM CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DE RECURSOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 239
Fabiana Pires Pereira

(BIO)ÉTICA PARA TODOS OS SERES: PROÊMIO 257
Rodrigo Siqueira-Batista

A BIOÉTICA, A CIÊNCIA E A ÉTICA LOGOSÓFICA 275
Márcio Niemeyer-Guimarães, Flávio Niemeyer-Guimarães

O APELO DAS NORMAS ANTE O ABANDONO DO SER: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE MARTIN HEIDEGGER 303
João Cardoso de Castro

A JUSTIÇA IDEAL PARA A SAÚDE 315
José Carlos Zebulum

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: PERTINÊNCIA E NECESSIDADE 332
Maria Gilda Alves de Oliveira

O DILEMA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS: COMPOSIÇÕES ENTRE BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AUTONOMIA 347

Jussara Alves Coutinho, [Andréia Patrícia Gomes](#)

ABORTO: A QUEM CABE A DECISÃO? 368

Débora Fernandes Pessoa Madeira, [Gláucio Inácio da Silveira](#)

SOBRE OS AUTORES 392

PREFÁCIO

*Rui Nunes*²

Existem diferentes caminhos para a bioética. Caminhos que dependem do universo ético que cada um constrói ao longo do seu projeto existencial. Diferentes caminhos, dado que estamos condenados a ser livres, como diria Jean Paul Sartre. A liberdade ética de cada pessoa é o fenómeno pós-genético que determina a nossa vida. E a bioética é isso mesmo, liberdade de pensamento, de expressão, de associação.

Bioética é transdisciplinar, tentando reinterpretar a inevitabilidade científica de Thomas Kuhn. Porquê, porque não se consegue compreender o futuro sem abordar o fenómeno vital sob o olhar de diferentes saberes, de áreas do conhecimento por vezes antagónicas, de modo a construir a sociedade justa para a aldeia global do século XXI.

Mas, ser livre implica também ser responsável. E essa responsabilidade – individual e coletiva – tem diferentes traduções práticas.

Na medicina, e restantes profissões da saúde, associa-se à exigência de uma ética de cariz deontológico, onde não se esqueça nunca a essencialidade da profissão. O que implica o dever de entrega, de dedicação e de respeito pelos doentes. No rigoroso cumprimento das *leges artis*, e das linhas diretrizes emanadas da “medicina baseada em evidências”, a ética médica deve reinventar-se de modo a garantir os valores milenares e intemporais que sempre a nortearam. E a pandemia pela COVID-19 deve lembrar sempre a responsabilidade especial de quem trata e de quem cuida. Com sentido de justiça, equidade e

² Professor Catedrático de Bioética e Diretor do Doutoramento em Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Conselho Federal de Medicina.

solidariedade.

Na pesquisa científica, a integridade pessoal é cada vez mais importante face ao conflito nem sempre resolvido entre os interesses da sociedade e os direitos individuais. Sim, está bem vivo o Código de Nuremberga ao afirmar este primado, que deve ser repetido à exaustão, para evitar um utilitarismo desmesurado e potenciador de novos atropelos à pessoa humana. Sobretudo o aprimoramento humano – genético, cognitivo, bio-sintético – deve merecer especial atenção da comunidade científica, e de respeito pela intrínseca dignidade da pessoa, afinal o princípio fundante da bioética contemporânea.

Também, novas tecnologias como a inteligência artificial, a robótica ou a computação quântica exigem uma aproximação ética especial, pelos benefícios para a humanidade e pelos riscos de instrumentalizar a pessoa, e de reduzir a sua existência a um mero ideal civilizacional. Proteger a privacidade é proteger a pessoa. Respeitar a pessoa é respeitar a sua identidade.

A proteção do ambiente, da biodiversidade e de outras espécies lembra-nos a importância para a espécie humana de se conjugar com a *commonwealth of life*. Porque o ser humano é desta comunidade parte integrante. E porque dela depende para a sua sobrevivência coletiva. É preciso amar e respeitar o planeta onde vivemos porque não existe plano B.

E tudo isto tendo em atenção os legítimos direitos das gerações vindouras, daqueles que não nasceram, mas que irão nascer. Porque a vida é um contínuo e porque a bioética deve ser o garante do respeito de valores e princípios universalmente partilhados.

Esta obra “Caminhos para a Bioética III” aborda com profundidade estes e outros temas, com notável rigor técnico, mas também com a diversidade de opiniões que caracteriza a sociedade plural e

secular da atualidade. É, portanto, um privilégio prefaciар um livro que, tenho a convicção, será parte integrante de um movimento transformador da sociedade para um pleno desenvolvimento humano.

Felicito todos os autores por esta importante iniciativa, com especial destaque para os editores – João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer Martins de Queiroz Guimarães, e Rodrigo Siqueira-Batista – por darem corpo a tão relevante projeto no âmbito de uma bioética global. 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!

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 de Extensão do Unifeso, Coordenador Editorial e professor de disciplinas de Filosofia, Ética e Bioética no

Unifeso. Seus principais temas de pesquisa são: Bioética, Ética, Heidegger, Filosofia da Ciência e Filosofia Antiga.



MÁRCIO NIEMEYER-GUIMARÃES

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar da Universidade do Porto, com registro médico na SRNOM, Porto - Portugal. 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. Especialista AMB em Medicina Intensiva AMIB e Certificado em Medicina Paliativa AMIB. Especialista AMB em Clínica Médica SBCM e Certificado em Medicina de Urgência SBCM. Em 2016, foi reconhecido Fellow pela Sociedade Americana de Geriatria. Atualmente é professor do curso de graduação em Medicina do Unifeso, e atua como médico de UTI e do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano - Botafogo (UHG-Brasil), Rio de Janeiro. É docente e colaborador-voluntário da Fundação Logosófica - Em Prol da Superação Humana desde 1996.



RODRIGO SIQUEIRA-BATISTA

Diplomado em Medicina e em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; diplomado em Matemática pela Universidade Estácio de Sá. Especialista e Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Mestre em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; Doutor em Ciências (Saúde Pública) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo

Cruz. Atualmente é Professor Associado do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa; Professor Titular da Escola de Medicina da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga; Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Coordenador do BraiNNIAC, rede interdisciplinar de pesquisa dedicada à investigação científica e às atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Neurociências, Nanotecnologia, Inteligência Artificial e Cognição; Bolsista de Produtividade em Pesquisa (nível 2) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A PANDEMIA DE COVID-19 E AS DEMANDAS BIOÉTICAS NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

Talita Leite Ladeira

Segundo dados divulgados até meados de outubro de 2020, a pandemia de COVID-19 já infectou aproximadamente 38 milhões de pessoas e causou a mortes de mais de um milhão delas. No Brasil, estima-se que mais de cinco milhões de pessoas tenham sido infectadas, sendo que as mortes detectadas já ultrapassaram 150 mil.

Hoje, vivenciamos um novo “normal”, que trouxe drásticas mudanças na vida em sociedade e na rotina de trabalho dos profissionais de saúde. Houve a discussão macro sobre as medidas governamentais mais prudentes e instaurou-se uma grande crise entre priorização da economia de mercado *versus* a priorização da vida humana. E depois de muitas idas e vindas, nesse sentido, ainda continuamos tentando conscientizar a população sobre as medidas de isolamento social.

Esse é um outro aspecto discordante que expõe um conflito entre direitos individuais *versus* direitos coletivos. E pensar de forma coletiva torna-se um desafio já que, como acreditava Engelhardt, vivemos em uma sociedade individualista de estranhos morais. E, sob este prisma, temos observado nos noticiários vários conflitos entre cidadãos, em nome da defesa de pontos de vista individuais.

O indivíduo encontra estranhos morais com os quais não comunga em suficientes princípios morais ou numa visão moral comum que baste para permitir a resolução de controvérsias morais por meio de argumentos racionais sadios ou um apelo à autoridade moral. Quando o indivíduo procura resolver racionalmente essas controvérsias, as discussões se prolongam sem conclusão final. O argumento racional não silencia as controvérsias morais quando o indivíduo encontra estranhos morais,

Essa discussão pode ser ainda muito mais ampla e excludente se pensarmos que não existe possibilidade de “escolha” de se isolar para todos os cidadãos, de igual maneira. Existem os mais vulneráveis, aqueles que não possuem condições socioeconômicas para ter moradia, saneamento, transporte e possibilidades de readaptação de suas atividades laborais. E, dessa maneira, estão estes mais sujeitos à infecção pelo coronavírus, não porque se encaixam em algum grupo de risco já estabelecido pelas pesquisas, mas por fazer parte de uma parcela da população que desfruta de menores oportunidades. Sendo assim, a má distribuição de renda impacta diretamente no agravamento dessa vulnerabilidade.

Explorando ainda as facetas da atual pandemia, antes mesmo de o Brasil “sentir na pele” todos os impactos que ela trouxe, já podíamos dimensionar através da experiência italiana, que apresentavam questões que envolviam decisões sobre recursos, vida e morte e em como dar respostas prudentes e resolutivas para mitigar todos os impactos causados. Pelos noticiários assistíamos à cenas de tanques de guerra carregando corpos; de covas coletivas; de famílias devastadas pela impossibilidade de dar dignidade à morte de seus entes queridos e de cenas de parentes dividindo os lares com corpos, impossibilitados de receberem assistência à saúde em tempo hábil, capaz de mudar o desfecho trágico da situação.

Também foi preciso encarar um luto coletivo. Não só dos parentes por perderem familiares para a COVID-19, mas também dos profissionais que trabalham na linha de frente e se privam de contato com a família por risco de contágio, além das questões de sobrecarga por demanda de trabalho e pela demanda emocional que toda essa dinâmica

¹ ENGELHARDT, H. T. JR. **Fundamentos da bioética**. São Paulo: Edições Loyola. 2. ed., 2004. 518 p.

impõe à rotina diária.

Existem outros conflitos que eles vivenciam para além das questões de cuidados aos pacientes, como, por exemplo, situações de perdas de colegas da equipe, ao mesmo tempo em que se veem no dever moral de continuar prestando assistência, mesmo sabendo que estão se expondo à risco, bem como a seus familiares que, por ventura, não puderam se distanciar totalmente. É fato que muitos profissionais perderam suas vidas no exercício da profissão.

Outra questão que não pode fugir aos nossos olhos é a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) ou o não cumprimento dos protocolos de substituição destes equipamentos por conta da escassez. E são nessas circunstâncias que os profissionais vivenciam diversos conflitos ao saírem da “segurança” de seus lares e se colocarem à disposição da coletividade.

A pandemia também trouxe a necessidade dessa reflexão sobre o planejamento em saúde, tanto no que diz respeito às políticas e investimentos, quanto às questões de capacidade de leitos e recursos disponíveis. Sabemos que até as decisões sobre as testagens envolvem questões econômicas que impactam diretamente em mais disseminação do coronavírus, já que o grande problema são os assintomáticos que não são identificados e continuam sendo vetores.

Toda essa problematização traz uma outra situação que é lidar com as perdas desses pacientes. Entender que há falta de recursos para minimizar o sofrimento do outro e que, não basta seu saber técnico. Falta capacitação bioética para tentar ponderar tais questões que também fazem parte do dia a dia clínico do profissional de saúde. Qual paciente deve ser extubado? Qual terá melhores chances de se beneficiar do ventilador mecânico? Qual o critério estabelecido para a oferta desse ventilador frente à maior demanda por sua utilização? Como informar à família sobre

o mal prognóstico do paciente? Como se relacionar com o paciente crítico e como possibilitar melhores condições de lidar com a situação imposta?

E ali, no leito, destinatário do cuidado em saúde, se encontra o paciente, com todo seu contexto de vida, com a debilidade biológica instalada e a fragilidade emocional de sequer ter contato com seus familiares. Muitos sem condições de uma despedida digna. Por outro lado, também pudemos perceber algumas iniciativas, a meu ver, louváveis, que possibilitavam vídeo chamadas para que houvesse menos distanciamento entre o paciente e os seus.

Outra problemática vigente diz respeito às várias discussões éticas acerca dos protocolos de pesquisas para se chegar à vacina. Também testemunhamos uma cascata de informações nada cautelosas sobre recomendações sem respaldo científico, como, por exemplo, a corrida atrás da hidroxicloroquina, que fez as drogas sumirem do mercado, dificultando o acesso dos pacientes crônicos, que dela fazem uso e burocratizando sua compra, através da nova exigência de prescrição médica. Isso também impacta o serviço de saúde.

Certamente, estas e outras situações conflituosas e, por vezes, dilemáticas não se findam com o que estamos vivendo há alguns meses, pois ainda teremos que dar respostas aos futuros conflitos que envolverão a descoberta da vacina e a distribuição justa e equitativa desse bem de saúde. Sem falar nos demais insumos necessários para sua utilização, além das questões mercadológicas e políticas que envolvem essas medidas globais. Certamente esse será roteiro de um outro cenário não menos preocupante do ponto de vista bioético.

O que percebemos é que embora seja notório o grande avanço na área biotecnocientífica, trazendo maiores progressos e investimentos para a utilização do aparato tecnológico em prol da vida humana, parece ter sido relegada à segundo plano, a preocupação com a reflexão bioética

sobre todas as nuances que essas discussões nos impõem.

Destacando-se a importância das unidades de terapia intensiva (UTI) para a assistência dos pacientes críticos, bem como a necessidade de ventilação mecânica invasiva para a manutenção da vida humana, trouxe à baila a importância do fisioterapeuta, neste nível de atenção, para o suporte a estes pacientes. Pudemos presenciar relatos de profissionais e dentre eles as menções mais marcantes diziam respeito às demandas bioéticas para lidar com a escassez de recursos e a definição sobre quais seriam os pacientes pelos quais deveriam investir, somadas as jornadas extenuantes não só física, mas, emocionalmente.

E nesse ponto encontramos um entrave: o fato é que estes profissionais certamente passaram por uma formação demasiadamente técnica e, nesse momento, foi necessário ampliar o olhar para a realidade que trouxe desafios que ultrapassavam esse âmbito do saber-fazer. A tomada de decisão saiu do caráter meramente técnico e passou a exigir o enfrentamento de questões de cunho ético e moral, como as exemplificadas neste texto. Há algum tempo, temos nos deparado com a discussão sobre a iminente necessidade de formação que atenda a tais demandas ético-morais e, é notório que a pandemia pôde mostrar, na prática, de que reflexões bioéticas estávamos falando. Ou seja, conflitos que eram considerados pontuais e que antes envolviam um número restrito de pessoas, foram alçados para conflitos que envolvem toda a sociedade, tornando mais urgentes tais reflexões.

Quando falamos de ética, nos referimos ao estudo mais apropriado dos diferentes sistemas morais, na busca de uma melhor forma de agir, envolvendo a análise da vida moral². Já a moral é o conjunto de normas sociais que atribuem às ações humanas o caráter de certo ou

² BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. 5.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 574 p.

errado. São os valores adotados por uma comunidade ou instituição e abrange tanto princípios quanto regras, virtudes e direitos³, a fim de orientar as relações sociais, atitudes, comportamentos, costumes e hábitos.

Advinda da ética aplicada, a bioética surgiu durante a segunda metade do século XX, trazendo ferramentas através das teorias éticas, para elucidar e sistematizar nossa reflexão sobre moralidade. Para Gracia⁴, a bioética surgiu para situar os problemas em um novo nível, que se trata de “fazer justiça à realidade em toda complexidade”, o que segundo ele, deve levar em conta todo o contexto, tanto histórico, social e cultural como individual. Portanto, “[a] teoria ética nasce da necessidade de justificar racionalmente as condutas morais, diante da própria consciência e diante dos demais”⁵.

Há alguns anos estudando sobre os aspectos éticos e bioéticos da formação do fisioterapeuta, pude perceber que a supervalorização dos aspectos técnicos, se refletem na falta de competências e habilidades bioéticas suficientes para fundamentar a tomada de decisão ética. Sendo assim, as tomadas de decisões clínicas em fisioterapia privilegiam os aspectos técnicos em detrimento dos éticos e humanísticos. E, quando nos deparamos com essas questões vivenciadas durante o contexto de pandemia, podemos ter a dimensão do quanto esse ponto de vista pode ser danoso. Por todos os contextos apresentamos, acredito que a tomada de decisão ultrapassa a visão tecnicista e traz a real necessidade de dar respostas mais ampliadas. Primeiramente, é iminente a necessidade de estabelecer critérios exequíveis e justos para a distribuição de leitos e ventiladores, além dos demais confrontos já mencionados. Assim, podemos dizer que “a tomada de decisão ética e a virtude moral são

³ *Ibid.*

⁴ GRACIA, D. **Pensar a Bioética: Metas e Desafios**. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010, 566 p.

⁵ LEÃO, H. M. C. A importância das teorias éticas na prática da bioética. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2010; 10 (Supl 2): s427-s432.

dimensões de experiência clínica em vez de passos separados no processo de prestação de fisioterapia”⁶.

Reconhecida pelo Coffito desde 2011, pela Resolução nº 402⁷, a especialidade de Fisioterapia em Terapia Intensiva trouxe diversas competências técnicas, como: avaliar e monitorar via aérea artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico; gerenciar a ventilação invasiva ou não invasiva; avaliar a condição de saúde do paciente para retirada de suporte ventilatório; avaliar e titular a oxigenoterapia; realizar desmame e extubação e determinar condições de alta.

Em seu Artigo 4º, a Resolução condiciona o exercício profissional do Fisioterapeuta Intensivista ao conhecimento e domínio das áreas técnicas da saúde e agrega nos dois últimos itens, a importância da humanização e da ética e bioética.

Nesse sentido, nos perguntamos se existe a discussão aplicada de tais conceitos no processo formativo, no âmbito da pós graduação e da graduação, para que possamos assegurar ao profissional em exercício, condições de identificar e dar respostas adequadas. O que percebemos através da literatura é que há necessidade de desenvolver projetos de capacitação em bioética não só para os discentes^{8,9,10}, mas também para professores e pesquisadores da área de fisioterapia¹¹, bem como para

⁶ SWISHER, L. L. A Retrospective Analysis of Ethics Knowledge in Physical Therapy (1970–2000). *Physical Therapy*, v. 82, n. 7, p. 692-706, 2002.

⁷ CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº402/2011, de 03 de agosto de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, seção 1 de 24 nov. 2011. Disponível em: < <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3165>>. Acesso em: 08 out. 2020.

⁸ LADEIRA, T. L. **Significados, sentidos e vozes do cuidado integral: aspectos bioéticos na formação do fisioterapeuta**. Niterói. Dissertação [Mestrado] em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense; 2014.

⁹ SANTOS, R. N. O. L. **O papel do docente na formação ética dos estudantes de Fisioterapia: o olhar de quem ensina**. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva] - Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

¹⁰ LADEIRA, T. L. **Reflexões bioéticas na formação do fisioterapeuta: perspectivas docentes e discentes**. Niterói. Tese [Doutorado] em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense; 2018.

¹¹ LORENZO, C. F. G.; BUENO, G. T. A. A interface entre bioética e fisioterapia nos

demais profissões de saúde^{12,13,14,15,16}, que têm como resultados de sua ação cuidar da vida humana.

Através da pesquisa desenvolvida no doutorado¹⁷, observamos que no processo de formação do fisioterapeuta, há uma crença compartilhada por docentes e discentes de que tais conteúdos fazem parte da “experiência de vida” de cada um e, por isso, não são aprendidos na faculdade; ou defendem que competência ética “vêm de casa”, ou seja, são de responsabilidade da família. O fato é que também é papel da escola, desde o início da formação, ainda na infância, até a profissionalização, de forma constante.

Problematizando esse viés, vamos imaginar se diante da situação imposta pela pandemia e a necessidade de cuidados intensivos, com todas as demandas de tomada de decisão que já contextualizamos, deixássemos a cargo de quesitos tão subjetivos e individuais, beirando a crença da “sorte” por nascer em um lar onde foi incentivado a refletir moralmente. Certamente, não gostaríamos de estar do outro lado dessa linha de cuidado, nos leitos de uma UTI, e pensar que estamos contando com a sorte. Seria no mínimo leviano.

Defendemos, então, que não basta que agir ético seja meramente intuitivo ou baseado em experiências prévias de vida, devendo ir além ao

artigos brasileiros indexados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 4, p. 763-775, 2013.

¹² RAMOS, F. R. S.; DO O, J.R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 29, p. 259-270, 2009.

¹³ SCHUH, C. M.; ALBUQUERQUE, I. M. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 55-60, 2009.

¹⁴ CORREA, F. J. L. Transmitir conocimientos, actitudes y valores al enseñar bioética. In: **Fundamentación de la docencia en bioética y valores**. Madri, 2011. Disponível em: <http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/libros/congreso/FELAIIBE%20Docencia.pdf>. Acessado em: 1 mai 2018.

¹⁵ NEVES JÚNIOR, W. A.; ARAÚJO, L. Z. S.; REGO, S. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 98-107, 2016.

¹⁶ SANTOS, R. N. O. L. *Op. cit.*, 2016.

¹⁷ LADEIRA, T. L. *Op. cit.*, 2018.

exigir reflexão contínua¹⁸ e problematização sobre a realidade.

Para Goergen¹⁹, embora haja relação entre educação e ética desde os primórdios da civilização, também existe uma real discrepância entre teoria e prática. Sendo que “ao mesmo tempo em que todos reconhecem a importância da relação entre ética/moral e educação nas famílias, nas instituições sociais, na mídia e também na própria escola, o tratamento dispensado à ética denota antes menosprezo que apreço”²⁰.

Com o surgimento das tecnologias e especialidades médicas, a fisioterapia surgiu também marcada pelo distanciamento da filosofia e desinteresse pelas disciplinas voltadas para orientação de conduta, por parte de discentes e docentes²¹. A restrição das questões humanísticas deu lugar ao interesse pelo domínio técnico. Contudo, sabemos que os “conhecimentos sobre ética e bioética, tanto quanto os conteúdos profissionalizantes, são indispensáveis à formação [do fisioterapeuta]”²²

Com este cenário de estudo, no intuito de entender melhor de que forma os conteúdos ético-humanísticos são trabalhados na formação destes profissionais, pudemos observar que durante as vivências práticas, são comuns os estudos de casos clínicos, mas em todos, a abordagem é voltada para a doença, avaliação, tratamento e no máximo mudança no ambiente familiar. Questões do domínio ético não fazem parte do estímulo à reflexão para ação²³.

Segundo os discentes participantes da mesma pesquisa, as pequenas discussões possíveis são mais voltadas para o que deve ser feito

¹⁸ NUNES, C. R. R.; NUNES, A. P. Bioética. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 615-6, 2004.

¹⁹ GOERGEN, P. Educação e valores no mundo contemporâneo. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 92, p. 983-1011, 2005.

²⁰ *Idem*.

²¹ MACHADO, D. *et al.* A formação ética do fisioterapeuta. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 3, p. 101-105, 2007.

²² *Ibid.*, p. 102.

²³ LADEIRA, T. L. *Op. cit.*, 2018.

ou o que foi feito, mais como uma exposição da situação do que uma reflexão coletiva. Nesse sentido, nos colocamos a pensar se a reflexão não é algo parte integrante do dia a dia durante a formação, como dar respostas éticas condizentes durante a vida profissional? Sobre isso observamos nos relatos discentes o sentimento de despreparo para tomar decisões em situações conflituosas e a necessidade de amparo para isso.

Segundo Gracia²⁴, o objetivismo da vigente “medicina baseada em evidências”, faz com que a análise e conversão das sensações subjetivas ou sintomas sejam convertidos em dados objetivos ou sinais clínicos. Estes eram os aspectos considerados no processo de tomada de decisões, tanto diagnósticas como prognósticas e terapêuticas. Assim, o autor acredita que para minimizar a insegurança do profissional, é necessário apreciação da circunstância particular, fazendo uso de critérios de análise dos conflitos existentes para a tomada de decisão em ética, a fim de objetivar ações mais prudentes e resolutivas.

Dentre as argumentações discentes percebemos que: a discussão sobre ética é falha, sendo que eles aprendem com a prática; relatam dificuldades de lidar com pacientes que morrem, já que não houve, durante a formação, momentos em que discutissem a morte e os sentimentos que ela provoca; as questões atitudinais e éticas entram como forma de avaliação, mas não no ensino; depende do caráter pessoal do aluno e de seus contextos de criação/“educação”.

Segundo Lind²⁵, a competência moral e sua consequente autonomia deve envolver uma competência cognitiva, que deve ser

²⁴ GRACIA, D. **Pensar a Bioética**: Metas e Desafios. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010, 566 p.

²⁵ LIND, G. Moral judgment competence and political learning. In: **Moral development and the social environment**: studies in the philosophy and psychology of moral judgment and education. LIND, G.; HARTMAN, H. A.; WARENHUT, R. (Ed.). Chicago: Precedent Publishing, 2000, p. 259-271. Disponível em: https://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-1985_et-al-Moral-Development.pdf. Acessado em 08 out 2020.

desenvolvida e requer instrução sofisticada e prática. Não pode ser encarada como apenas uma orientação ou uma atitude. Nesse caso, a autonomia torna o indivíduo competente para assumir a alta responsabilidade pelos outros e por si mesmo, na medida em que desenvolve as habilidades e competências necessárias para resolver problemas morais, sem a orientação de outras pessoas. Assim, por seu ponto de vista, Lind acredita que a moral pode ser aprendida e que um ambiente voltado para o seu desenvolvimento favorece a maturação dessa competência de juízo moral. Para isso não basta a transmissão teórica verbal em aulas sobre moral, mas a mesma deve ser aprendida de acordo com as oportunidades de ambiente formal ou não formal, ao longo da vida do indivíduo.

Outro ponto relevante é que, durante os cuidados intensivos, na maioria das vezes, é preciso agilidade de decisão e resposta, pois cada segundo pode custar uma vida ou mudar drasticamente um prognóstico. E é nessa corrida contra o tempo que se faz essencial uma competência bioética já lapidada desde a formação até a vida profissional, a fim de tornar mais ágil o processo deliberativo.

Não é possível nos colocarmos fora da ética e, portanto, transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é não reconhecer seu caráter formador. Segundo Freire²⁶, ao respeitar a natureza humana, o ensino dos conteúdos não pode ser alheio à formação moral do educando.

Tais questões morais de cunho bioético constantemente podem tornar-se um entrave ao saber-fazer dos profissionais de saúde, de uma maneira geral, e dos fisioterapeutas, uma vez que a inserção dessas discussões na graduação ainda é imatura e a tomada de decisão clínica

²⁶ FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 166 p.

ainda está muito atrelada aos conhecimentos técnicos²⁷.

Assim, precisamos entender que a competência profissional envolve a aquisição de competência técnicas e ético-humanísticas. O raciocínio técnico habitualmente funciona para indagações e conflitos desse âmbito. Mas mesmo em tais aspectos há a variabilidade e a incerteza pertinente a cada individualidade. E se o raciocínio técnico tem limitações, o que fazer quando os dilemas e conflitos morais assolam a prática do fisioterapeuta e exigem decisões respaldadas pela moralidade das ações?

Precisamos pensar em como fomentar um raciocínio moral que reflita, de fato, na prática ética competente dos profissionais, lançando mão de métodos e estratégias a serem incorporadas ao saber-fazer do profissional. Por competência, em concordância com Perrenoud²⁸, entendemos que se trata de um conjunto de esquemas que, por sua vez, são um todo, constituído de hábitos e habilidades que sustentam uma ação, não limitando apenas à aquisição de conhecimentos.

O que percebemos, no conjunto dos relatos docentes e discentes que, certamente, a capacitação docente voltada para ética e bioética traria maior segurança para que possam se apropriar de tais conhecimentos e sensibilizarem os discentes sobre a importância de agregar esse olhar ampliado da realidade²⁹.

Nesse aspecto, a formação superior em saúde adota a grande missão de preparar os futuros profissionais para cuidar de seus pacientes. E nessa inter-relação entre o eu e o outro, a moral faz campo. Desta maneira, fomentar tais discussões desde o início da graduação possam favorecer maior autonomia moral aos profissionais em exercício.

Para Lorenzo e Bueno³⁰, é fato que nos últimos anos houve um

²⁷ LADEIRA, T. L. *Op. cit.*, 2014.

²⁸ PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed; 1999.

²⁹ LADEIRA, T. L. *Op. cit.*, 2018.

³⁰ LORENZO, C. F. G.; BUENO, G. T. A. *Op. Cit.*, 2013.

significativo aumento do reconhecimento da bioética como conteúdo fundamental para uma formação profissional no Brasil; entretanto no curso de fisioterapia essa aproximação ainda é muito incipiente. Ao longo da história da profissão nacional, as temáticas que envolvem a bioética estiveram fundamentadas em conceitos deontológicos, limitadas ao código de ética profissional e aos aspectos legais^{31,32,33}. Sendo assim, não causa estranheza pensarmos que muitos dos nossos cursos de graduação só ofertam a disciplina de Ética e Deontologia, o que não é suficiente para o fornecimento de ferramentas à tomada de decisão prudente e resolutiva.

Por fim, defendemos que o aprimoramento se faz urgente ao considerarmos que, ao longo dos anos, com as conquistas de autonomia dos fisioterapeutas, ampliaram-se também os campos de intervenções e, assim, as responsabilidades dentro das equipes de saúde e, por conseguinte, a variedade de conflitos éticos em que podem estar envolvidos. Cada vez mais os fisioterapeutas participam da tomada de decisões e estas estão imbuídas de dilemas, conflitos e das responsabilidades éticas mais complexas no exercício da profissão³⁴.

Nessa lógica, a ética pode ser vista como “uma espécie de “ponte de salvação” do homem frente à crise de valores que caracteriza a sociedade contemporânea (pós-moderna)”, no sentido de superar o vazio ético e refundar a ética partindo da “educação como uma das instâncias propícias a nutrir o ato moral”³⁵.

Enfim, a profissão requer um desenvolvimento moral consistente para encarar os desafios e as mudanças enfrentadas³⁶ e a pandemia

³¹ *Ibid.*

³² BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Bioética e pesquisa na Fisioterapia: aproximação e vínculos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 402-7, 2008.

³³ LADEIRA, T. L. *Op. cit.*, 2018.

³⁴ SWISHER, L. L. *Op. cit.*, 2002.

³⁵ KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L.; ROSA, V. L. A formação ética: desafiando a prática educativa. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 395-401, 2010.

³⁶ PURTILLO, R. B. A Time to Harvest, a Time to Sow: Ethics for a Shifting Landscape.

escancarou ainda mais essa necessidade. Precisamos avançar além do paradigma biotecnocientífico. Precisamos pensar em capacitação em nível de graduação, pós-graduação e como educação permanente para os profissionais da atenção. Precisamos estar nos espaços de discussão formativa e problematizar a realidade.

Certamente um dos legados que essa pandemia vai deixar é sobre a vivência real de um grave contexto social de saúde pública e a imperiosidade global de trazer respostas aos vários conflitos que nos assolam. Se antes tais discussões poderiam ser encaradas como um exagero ficcional dos bioeticistas ou roteiro de filme de ficção científica, agora talvez possamos vislumbrar uma tentativa de consenso de que é urgente a mudança de olhar.

Finalmente, vale ressaltar que isso não inclui a existência de uma verdade absoluta sobre os fatos, pelo contrário, requer pensamento crítico sobre a multiplicidade de aspectos que envolvem os conflitos. Isso significa que talvez tenhamos ainda mais perguntas, que sejamos ainda mais “incomodados”, tirados da zona de conforto! Mas é justamente esse desconforto que pode nos fazer olhar adiante, para o futuro em que as relações de cuidado em saúde sejam mais responsáveis e mais contextualizadas.

OS IMPACTOS DA MUDANÇA CLIMÁTICA E OS DESAFIOS BIOÉTICOS. MUDANÇA CLIMÁTICA E SEU CONTEXTO HISTÓRICO

Luiz Fernando de Alcântara

Luiz Alberto de Alcântara

As mudanças ambientais na Terra são tão antigas quanto o próprio planeta. Foram as forças da natureza que ajudaram a esculpir a face da Terra que vemos hoje. Erupções vulcânicas, movimentos tectônicos, destruição de geleiras e erosão natural são alguns exemplos da ação da natureza que mudaram a paisagem em diversos cantos do planeta. No contexto do século XX, a humanidade passou a rivalizar com essas forças como um agente geológico capaz de romper as barreiras planetárias. O *homo sapiens* alterou os ambientes terrestres por onde passou ao longo do seu processo migratório.

A mudança climática antropogênica assim como as migrações estão entre os maiores desafios do século XXI que precisa ser enfrentado. O sistema climático mundial é parte integrante do complexo de processos de suporte à vida e esse sistema está em crise. Essa crise tem suas raízes antrópicas e pode ter um impacto exorbitante sobre os processos migratórios, na saúde e no bem-estar humano e desencadear direto ou indiretamente inúmeros problemas para as populações, os ecossistemas e para biodiversidade. É importante destacar que nem toda mudança climática é antrópica, como define o Painel Intergovernamental sobre Alterações Climáticas (IPCC):

É de sublinhar que a Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas (UNFCCC), no seu Artigo 1, define alteração climática como: “uma alteração no clima que é atribuída, direta ou indiretamente, à atividade humana que altera a composição da atmosfera global e que é, além da variabilidade natural do clima, observada ao longo

de períodos comparáveis.” Assim, a Convenção Quadro das Nações Unidas para as Alterações Climáticas faz uma distinção entre alterações climáticas atribuíveis às atividades humanas que alteram a composição atmosférica e a variabilidade do clima atribuível a causas naturais (IPCC:2014:05)¹.

Mudanças climáticas antrópicas significa que estamos a modificar a composição da atmosfera desde meado do século XVIII quando se deu início a Revolução Industrial e a humanidade começou a queimar combustíveis fósseis, como: carvão, petróleo e gás natural, principal fator responsável pelo aquecimento global. A partir desse período as concentrações atmosféricas de dióxido de carbono (CO₂) – o principal gás do efeito estufa (GEE) responsável pelo aquecimento global – aumentaram cerca de 280 partes por milhão (ppm) para mais de 400 ppm, “maior nível entre os últimos 800 mil anos”². Há um consenso científico³ de que a mudança climática antrópica está ocorrendo, de acordo com os últimos dados do *Met Office*⁴ do Reino Unido, a temperatura média global agora é quase 1 ° C acima dos níveis pré-industriais.

Apesar das constatações científicas sobre esse quadro, importantes setores da economia e da política globalizada continuam a ignorar a gravidade do problema. A produção de combustível fósseis⁵ em 2018 foi de 81%, a principal fonte de energia primária que é responsável pelo sistema de produção capitalista e pelas emissões dos gases de efeito estufa. As poluições, os desmatamentos e as explorações ambientais das

¹ ALTERAÇÕES CLIMÁTICAS 2014 Impactos, Adaptação e Vulnerabilidade Resumo para Decisores https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/03/ar5_wg2_spmport-1.pdf

² De acordo com os dados mais recentes da Scripps Institution of Oceanography, que tem medido diretamente as concentrações atmosféricas de CO₂ no seu Observatório Mauna Loa no Havaí desde o final da década de 1950, as concentrações de CO₂ estão acima de 400 ppm desde final do ano de 2015. Scripps Institution of Oceanography, “The Keeling Curve” <https://scripps.ucsd.edu/programs/keelingcurve/>

³ <https://climate.nasa.gov/scientific-consensus/>

⁴ <http://www.metoffice.gov.uk/research/news/2015/global-average-temperature-2015>

⁵ The International Energy Agency, Statistics report — July 2020 Paris, IEA/OECD. <https://www.iea.org/reports/world-energy-balances-overview>

indústrias, dos setores agrícolas, das empresas – e da sociedade como um todo – afetam a todos, nos tornando assim, enquanto humanidade, responsáveis pela causa e efeito dos problemas atuais que o planeta enfrenta.

É o que demonstra a Revista Nature⁶, num artigo onde deixa claro o impacto da poluição do ar na vida e na saúde humana, revela um total de mais de 4.2 milhões de mortes prematuras ao ano. O jornal britânico The Guardian⁷ destaca que esse número é maior que as mortes causadas pela “Malária” e o “HIV” (Aids) juntos⁸, e esse número pode dobrar até 2050 o que faz da poluição do ar um dos maiores desafios para a saúde pública e global.

Os impactos das Mudanças Climáticas aos seres humanos são multidimensionais: afetam o crescimento da pobreza, a saúde individual e coletiva, o aumento da desigualdade o aumento de violência e risco de guerras e disputas bélicas, atingindo, em especial os processos migratórios, aumentando o deslocamento⁹ de pessoas. Populações que não possuem recursos para migração planejada apresentam maior exposição a eventos climáticos extremos, em particular nos países em desenvolvimento com baixa renda podendo aumentar indiretamente os riscos de conflitos violentos. Esses impactos são distribuídos injustamente entre as populações da terra, com especial prejuízo aos grupos mais pobres, excluídos ou marginalizados, o que deveria tornar a questão uma das preocupações centrais da Bioética.

⁶ SHADDICK, G., Thomas, M.L., Mudu, P. et al. Half the world's population are exposed to increasing air pollution. **npj Climate and Atmospheric Science**, v. 3, p. 23, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41612-020-0124-2>

⁷ <https://www.theguardian.com/environment/2015/sep/16/more-people-die-from-air-pollution-than-malaria-and-hiv-aids-new-study-shows>

⁸ <http://www.ecycle.com.br/component/content/article/35/1468-poluicao-do-ar-mata-mais-que-aids-e-malaria-juntas-afirma-orgao-da-onu.html>

⁹ https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/syr/AR5_SYR_FINAL_SPM.pdf

Migração e os Desafios para a Saúde Pública e Global

A migração é um fenômeno antigo que acompanha a humanidade desde a sua pré-história, podendo-se afirmar que “o *homo migrante* existe há tanto tempo quanto o *homo sapiens*”. Na pré-história, os seres humanos ocuparam quase todas as regiões do planeta antes do surgimento da agricultura e da subsequente evolução tecnológica, enfatizando a extraordinária versatilidade biológica e comportamental de nossa espécie¹⁰.

Como, quando e por que ambas as espécies *homo* e nosso próprio *homo sapiens* começaram a se mover por todo o lugar é muito debatido. A história da migração humana precoce abrange um período e uma área tão imensos que não pode haver uma única explicação para todos esses grupos de aventureiros caçadores-coletores que andam por aí. Para alguns grupos, uma mudança no clima pode levá-los a buscar terras mais hospitaleiras, enquanto outros podem estar procurando melhores fontes de alimentos, evitando vizinhos hostis ou concorrentes, ou ainda podem ter sido simplesmente curiosos que querem encontrar uma mudança de cenário.

As imigrações forçadas advindas da mudança climática atribuível a causas naturais também não são um fenômeno recente. A escassez de recursos naturais e a degradação ambiental levaram a ondas de migração e/ou conflitos ao longo da história. Migração e movimento populacional em geral fazem parte da história humana, muitas vezes como um importante processo de adaptação.

No ano de 2002, a estimativa do Alto Comissariado para os Refugiados (ACNUR) “é que havia cerca de 24 milhões de pessoas ao redor o mundo que tinham fugido por causa de inundações, fome e outros

¹⁰ In M. CRAWFORD & B. CAMPBELL (Eds.), *Causes and Consequences of Human Migration: An Evolutionary Perspective* (pp. I-IV). Cambridge: Cambridge University Press 2012, p. 21.

fatores ambientais¹¹. No futuro esse número pode ser ainda maior se a ação humana diante a natureza não mudar. O relatório feito pelo Reino Unido sugere que é provável que possa haver 200 milhões de deslocados até 2050¹².

De acordo com o Centro de Monitoramento de Deslocamentos Internos (CMDI)¹³, entre 2008 e 2014, um total de 184,6 milhões de pessoas tiveram que deixar suas casas de forma temporária ou permanentemente, vítimas de catástrofes repentinas, desastres naturais ou alterações climáticas. Isso é o equivalente a uma média de 26,4 milhões de pessoas recém-deslocadas a cada ano. Para o *Norwegian Refugee Council* ¹⁴, “a cada segundo uma pessoa é deslocada” por catástrofes ambientais repentinas e nos leva a constatar que as pessoas deslocadas por razões ambientais se tornaram o maior grupo de pessoas deslocadas no mundo, ultrapassando os números de refugiados.

Esses números e estimativas representam o tamanho dos desafios hodiernos e futuros, particularmente para a saúde pública. A migração é um processo social complexo devido a diversidade sociocultural, linguístico e religioso dos imigrantes, sejam eles refugiados ou não. Desafios como a xenofobia, falta de documentação e a discriminação são algumas questões que comprometem o acesso à saúde que deverão ser enfrentadas. Ciente destes desafios o relatório do Comitê *Internacional de Bioética* (CIB) publicado em 2017 sobre o refugiado, insere a temática da migração no debate bioético global e faz uma advertência quanto aos termos utilizados:

¹¹ UNHCR (2002) “A critical time for the environment”, Refugees. No.127. Geneva.

¹² Stern, N. (2006) Stern Review on the Economics of Climate Change, www.hm-treasury.gov.uk/independent_reviews/stern_review_economics_climate_change/stern_review_report.cfm

¹³ <http://www.internal-displacement.org/publications/global-estimates-2015-people-displaced-by-disasters>

¹⁴ <https://www.nrc.no/what-we-do/speaking-up-for-rights/climate-change/>

‘migrante’ e ‘refugiado’ não têm significados neutros e podem ser usados pelos Estados para fins políticos. Portanto, de acordo com os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005), todos os estados devem garantir que esses termos não sejam usados para justificar práticas discriminatórias¹⁵.

Embora o Reino Unido seja signatário da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em 2014 aprovou uma lei de Imigração¹⁶ que introduziu uma sobretaxa de saúde para migrantes, o que dificulta o acesso para esse grupo. Mas por que não a introduziu a outros grupos sociais? A discriminação em qualquer esfera, jurídica, política e social não pode ficar imune ao escrutínio ético, embora a lei possa ser aceita do ponto de vista jurídico, do ponto de vista ético, é uma lei imoral, a vida de todo ser humano (e não de alguns grupos) tem igual dignidade e apreço.

Para a maioria dos imigrantes que deixam os seus países por razões climáticas, desastres ambientais ou naturais, ao chegar em outro país não conseguem permissão para viver, tornando-se migrantes “ilegais” sem documentação, portanto marginalizado perante a lei, o que pode levar a discriminação social também.

Assim como os Britânicos, Nações Europeias¹⁷ incluindo os Escandinavos¹⁸ os Estados Unidos da América¹⁹ (EUA) e Canadá²⁰,

¹⁵ REPORT OF THE IBC ON THE BIOETHICAL RESPONSE TO THE SITUATION OF REFUGEES. International Bioethics Committee SHS/YES/IBC-24/17/2 REV.2 Paris, 15 September 2017

¹⁶ Hargreaves S, Nellums L, Friedland JS, Goldberg J, Murwill P, Jones L. Extending migrant charging into emergency services. *BMJ* 2016; 352: i685

¹⁷ Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, v. 22, n. 2, p. 267-271, 2012.

¹⁸ Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):49–60

¹⁹ Hardy LJ, Getrich CM, Quezada JC, Guay A, Michalowski RJ, Henley E. A call for further research on the impact of state-level immigration policies on public health. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 7, p. 1250-1254, 2012.

²⁰ Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *J Immigr Minor*

também promulgaram uma série de políticas que limitam o acesso dos migrantes ao sistema de saúde. A discriminação institucionalizada aumenta ainda mais a desigualdade social entre os indivíduos e grupos e pode levá-la a sua perpetuação por muitas gerações. Esses países, ao negar ou dificultar o acesso a saúde aos migrantes, *ipso facto*, contrariam o princípio 14 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO:

Atendendo a que gozar da melhor saúde que se possa alcançar constitui um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano, sem distinção de Raça, religião, opções políticas e condição económica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve fomentar (UNESCO, 2005; Artigo 14[2]).

Com aumento dos fluxos migratórios²¹ causado pela crise ambiental e o aquecimento global, um fenômeno mundial em ritmo crescente, provavelmente aumentara ainda mais os desafios ético-linguístico-cultural para os sistemas públicos de saúde, como demonstra estudos feitos em alguns países como Alemanha e Holanda²², “o imigrante/refugiado é o mais vulnerável a acidentes do que a população que o recebe. Na Alemanha, as crianças não-alemãs na faixa etária de 5 a 9 anos têm mais acidentes de trânsito e domésticos do que as crianças alemãs. Tal como os filhos de migrantes marroquinos e turcos na Holanda também têm mais acidentes domésticos, incluindo envenenamentos e queimaduras e mais acidentes de trânsito que crianças neerlandesas. Na França, a habitação precária é um fator de risco importante nos incidentes frequentes de envenenamento por chumbo entre crianças de migrantes que vivem em casas antigas e mal preservadas”. Contrapondo isso, na

Health. 2010;12(1):132–151.

²¹ <http://www.internal-displacement.org/assets/library/Media/201505-Global-Overview-2015/20150506-global-overview-2015-en.pdf>

²² Migration and health in the European Union

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x/full>

Encíclica Fratelli Tutti, o Papa Francisco apresenta-nos os esforços que precisamos fazer para seguir o caminho para contribuir em prol dos migrantes. Nas palavras do Papa Francisco:

O ideal seria, sem dúvida, tornar desnecessárias as migrações e, para isso, o caminho é criar reais possibilidades de viver e crescer com dignidade nos países de origem, a fim de se poder encontrar lá as condições para o próprio desenvolvimento integral. Os nossos esforços a favor das pessoas migrantes que chegam podem resumir-se em quatro verbos: acolher, proteger, promover e integrar²³.

Evidenciamos nas palavras de Francisco que a crise migratória é uma problemática ética e política, primada pela indiferença, de uma humanidade que finge não ver o que se passa à sua volta. Essa indiferença se faz ‘carne’ nos esfarrapados, maltrapilhos, condenados, refugiados da terra, que são colocados em situações subumanas, vexatórias, tratados como a escória humana ou o lixo da humanidade, aqueles que o sistema econômico do mercado globalizado os descartou, ou ainda não os assimilou. Por ser uma crise que assola não somente a Europa, mas todo planeta, é mais que uma crise migratória, é uma crise humanitária”²⁴.

Esta crise humanitária também pode ser identificada no relatório publicado pelo Grupo de Trabalho de Interagências sobre Mudança Climática e Saúde, intitulado “*Uma Perspectiva de Saúde Humana Sobre Mudanças Climáticas*”, destacou a dificuldade que as populações mais vulneráveis enfrentam quando são deslocadas por fatores ambientais e como isso afeta a saúde:

As populações com fatores de susceptibilidade e vulnerabilidade são referidas como populações “sensíveis”. Um exemplo de uma população sensível seria parte da população deslocada que evacuou Nova Orleans após o furacão Katrina. Estudos Mostraram que, dentro dessa população,

²³ Fratelli Tutti, 129.

²⁴ BORGES, Valdir; ALCANTARA, Luiz Alberto de; CAMPOS, Gabriela Ribeiro. A indiferença da humanidade para com os refugiados da Terra: uma problemática ético-política da atualidade. **Revista Debates Insubmissos**, v.2, n. 4, 2019.

pessoas mais velhas (suscetíveis) que eram de baixa renda (vulneráveis) foram os mais lentos a se recuperar do desastre²⁵.

No caso de doenças ligadas à mudança climática, várias populações estão particularmente em risco. Numa perspectiva Bioética, as mudanças climáticas aumentam a vulnerabilidade das pessoas quando elas são forçadas a se deslocarem do seu habitat natural. As crianças, as mulheres grávidas e os idosos são geralmente mais suscetíveis e vulneráveis, especialmente para doenças relacionadas ao calor e ao clima, doenças transmitidas por vetores e zoonoses e doenças transmitidas pela água e alimentos.

A vulnerabilidade é um referencial bioético e independe de autonomia, de justiça e de outros referenciais, embora com eles intrinsecamente imbricada. A vulnerabilidade é um referencial tão importante quanto os outros referenciais, inclusive os denominados também de “princípios”. Embora a vulnerabilidade não seja diretamente um referencial normativo, deve sempre ser levado em consideração quando do estabelecimento de normas com inspiração Bioética, condicionando exigências normativas, em especial quando trata de questões globais (Cunha e Garrafa, 2016)²⁶.

A saúde pública deve ter uma atenção especial para esse grupo de maior vulnerabilidade, embora ela já esteja enraizada na Bioética principialista, é visível a interface entre ambas, muitas vezes, existe até mesmo uma confluência entre a Bioética e a saúde pública, apesar de seguir sendo campos distintos de conhecimento multidisciplinar, teórico

²⁵ PORTIER, T. A Human Health Perspective on Climate Change: A Report Outlining Research Needs on the Human Health Effects of Climate Change. *Environmental Health Perspectives*, 2010. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002272>.

²⁶ Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics? Thiago CUNHA and Volnei GARRAFA. DOI: <https://doi.org/10.1017/S096318011500050X> Published online by Cambridge University Press: 09 March 2016 <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/vulnerability/EBA6F98309E0E833EACE7E1AD8E6F1E2>

e prático. Vimos até aqui a migração e os desafios da saúde pública e global. Agora para melhor compreensão acerca da temática faz-se necessário apresentarmos os aspectos do aquecimento global e o impacto sobre migrações de doenças.

Aquecimento Global e o Impacto sobre Migrações de Doenças

O impacto das alterações climáticas está aumentando as migrações de pessoas, animais e pássaros, o que possibilita a migração de doenças de um país para outro e até mesmo de um continente para outro, tornando as populações suscetíveis a novas doenças e os sistemas de saúde mais vulneráveis para lidar com o desconhecido.

A pandemia de COVID-19, como todas as outras doenças infecciosas que assolaram a humanidade, têm origem zoonótica – isto é, são patógenos de outros animais. Na medida em que são cada vez mais raros os casos de doenças de origem microbiana a relação do ser humano com a natureza adquire uma importância maior no que diz respeito a saúde. À medida que a natureza é devastada, seja para exploração de recursos naturais ou pela agropecuária, amplia-se o contato com animais silvestres, enquanto outros acabam se aproximando dos ambientes urbanos, o que também aumenta as chances de transmissão de alguma doença”. Pelos menos 70% das enfermidades registradas desde 1940 tiveram origem em animais, segundo o relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO)²⁷. Nesse sentido, se a crise ambiental antrópica não for contida urgentemente, trará desafios incomensuráveis a saúde pública.

²⁷ Surge in animal-human diseases calls for more holistic approach to health, UN reports <https://news.un.org/en/story/2013/12/458002-surge-animal-human-diseases-calls-more-holistic-approach-health-un-reports>

De acordo com um artigo²⁸ publicado na revista científica *The New England Journal of Medicine* investigadores do Instituto Pasteur, em Paris, anunciaram a descoberta de encefalite japonesa numa amostra de sangue de um angolano de 19 anos, de Luanda, classificando-a como o primeiro caso local da doença em África. Embora a transmissão local do vírus da encefalite japonesa nunca tenha sido documentada no continente africano “O aumento dos níveis de migração da população entre a Ásia e África pode fornecer oportunidades para agentes patogénicos expandirem a sua área geográfica”, alertam os investigadores do Instituto Pasteur de Paris. Os cientistas frisam ainda que o vírus da encefalite japonesa pode estar já a circular por outros países africanos.

Um outro caso que relata essa migração das doenças ocorreu na Europa quando autoridades sanitárias espanholas confirmaram 2016 os dois primeiros casos de Febre Hemorrágica da Crimeia-Congo detectados²⁹ na Europa Ocidental, com o resultado da morte da primeira vítima. A Febre Hemorrágica da Crimeia-Congo é um tipo de febre hemorrágica viral (FHV) causada por um vírus que vive em alguns animais ou insetos – denominados vetores – como os mosquitos, carrapatos e roedores, que são os responsáveis pela transmissão aos humanos com capacidade de matar 30% dos infectados em poucos dias. Não existe vacina e trata-se de uma doença endêmica na África, nos Balcãs, no Oriente Médio e na Ásia, segundo dados da *Organização Mundial da Saúde* (OMS). Alguns estudos³⁰ sugerem que a doença entra na Europa através de aves migratórias.

²⁸ Autochthonous Japanese Encephalitis with Yellow Fever Coinfection in Africa
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1701600>

²⁹ Autochthonous Crimean-Congo hemorrhagic Fever in Spain
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1615162>

³⁰ Crimean-Congo Hemorrhagic Fever Virus in Ticks from Migratory Birds, Morocco
https://www.researchgate.net/publication/235370234_Crimean-Congo_Hemorrhagic_Fever_Virus_in_Ticks_from_Migratory_Birds_Morocco

Pesquisas³¹ já tem demonstrado como as alterações climáticas podem afetar a transmissão de doenças infecciosas: “tal como o impacto das mudanças climáticas nos agentes patogênicos pode ser direto, influenciando a sobrevivência, a reprodução e o ciclo de vida dos agentes patogênicos, ou indiretos, através da influência do habitat, meio ambiente ou concorrentes de agentes patogênicos. Como resultado, não só a quantidade, mas também as distribuições geográficas e sazonais de patógenos podem mudar”, doenças como dengue, chicungunha e Zica vírus são alguns exemplos que irão ser afetados pelas alterações climáticas.

Estas alterações estão sendo identificadas em lugares como o Reino Unido e parte da Europa. Os mosquitos tropicais são que prosperam em ambientes quentes e úmidos e são muito sensíveis às mudanças na precipitação e temperatura e assim com as alterações climática esses mosquitos podem romper fronteiras e se instalarem em regiões antes inapropriadas para o seu desenvolvimento causando preocupação para a saúde local, regional e global. Uma espécie de mosquito (*Culex modestus*) que pode transmitir o Vírus do Nilo Ocidental foi relatado³² no sul da Inglaterra em 2010, embora de acordo com um estudo³³ acadêmico publicado pela *Lancet Infectious Disease*, existe no Reino Unido outras espécies de *Culex* endêmicas que poderiam potencialmente atuar como vetores. Mais ainda segundo o estudo, durante o início do século 21, ocorreu uma mudança sem precedentes no estado das doenças transmitidas por vetores na Europa. Os mosquitos invasivos tornaram-se

³¹ Climate Change Effects on Insects and Pathogens

<http://www.panna.org/sites/default/files/CC%20insects&pests.pdf>.

³² Golding et al. Parasites & Vectors 2012, 5:32

<http://www.parasitesandvectors.com/content/5/1/32>;

<https://parasitesandvectors.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1756-3305-5-32?site=parasitesandvectors.biomedcentral.com>

³³ Effect of climate change on vector-borne disease risk in the UK, Volume 15, No. 6, p721-730, June 2015

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(15\)70091-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(15)70091-5.pdf)

amplamente estabelecidos em toda a Europa, com transmissão e surtos subsequentes.

Surto de dengue e febre Chikungunya fizeram com que a *Organização Mundial da Saúde* publicasse em 2013 um relatório³⁴ descrevendo abordagens para harmonizar a vigilância, prevenção e controle de mosquitos invasivos não-nativos na Europa. As Nações Unidas em seu relatório³⁵ argumenta que “a mudança climática prolonga a estação de transmissão e expande a faixa geográfica de muitas doenças como a malária e a dengue. Tal como, as condições para a transmissão da dengue provavelmente se expandirão significativamente em todo o mundo. Mais ainda, as mudanças climáticas trarão problemas de saúde novos e emergentes, incluindo ondas de calor e outros eventos extremos. O estresse por calor pode tornar as condições de trabalho insuportáveis e aumentar o risco de doenças cardiovasculares, respiratórias e renais”.

O que fica cada vez mais evidente sobre os impactos da mudança climática sobre processo de migrações de pessoas, animais e doenças é a necessidade de um sistema de saúde global capaz de articular medidas de prevenção e ações de combate as doenças simultaneamente para evitarmos que as doenças como a H1N1, COVID-19 e tantas outras possam se alastrar com tanta velocidade, causando mortes e sofrimento.

Estamos diante de uma situação única na história, o ser humano é capaz de colocar inúmeras espécies em extinção e a si próprio. Todos devemos assumir a responsabilidade de combater o aquecimento global como um imperativo categórico. Porque para a *Lancet-UCL Institute for*

³⁴ Regional framework for surveillance and control of invasive mosquito vectors and re-emerging vector-borne diseases 2014-2020
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197158/Regional-framework-for-surveillance-and-control-of-invasive-mosquito-vectors-and-re-emerging-vector-borne-diseases-20142020.pdf?ua=1

³⁵ Climate Change Impacts Human Health New UN Report Highlights Risks, Opportunities and Solutions REPORT / 12. APR, 2017
<http://newsroom.unfccc.int/unfccc-newsroom//climate-change-impacts-human-health>

*Global Health Commission*³⁶ “à mudança climática é a maior ameaça global à saúde do século 21”. No âmago de tal preocupação, inúmeras associações e organizações da área de saúde tem se manifestado como a Associação Médica Mundial³⁷, Saúde sem Dano (Health Care Without Harm)³⁸ e a Associação Médica Americana³⁹ entre outras.

A Bioética e os desafios apresentados pela Mudança Climática

Inspirado nos mesmos valores (solidariedade e cooperação) presente na DUBDH (UNESCO: 2005: artigo, 13 e 24 [3]), iniciativas como o *Pacto Europeu para o Clima*, “ visa informar, inspirar e promover valores como a cooperação e a solidariedade entre pessoas e organizações, sejam elas autoridades nacionais, regionais ou locais, empresas, sindicatos, organizações da sociedade civil, instituições de ensino, grupos de consumidores, organizações de investigação e inovação ou cidadãos⁴⁰.” Nessa mesma perspectiva no Pacto Europeu pelo Clima que Resnik defende a participação da Bioética:

A partir de iniciativas local, nacional ou global (como tratados, legislação, tributação ou regulamentação), pode permitir a bioética desempenhar um papel significativo, oferecendo uma lógica filosófica e ética para esses desenvolvimentos e colaborando com governos, organizações privadas e indivíduos a tomar decisões bem fundamentadas que abordam os valores

³⁶ Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet. 2009;373(9676):1693.

³⁷ World Medical Association. WMA Declaration of Delhi on Health and Climate Change. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/> . Adopted October 2009. Updated October 2017. Acessado October, 01, 2020

³⁸ Health Care Without Harm website. <http://www.noharm.org> . Acessado September, 28,2020.

³⁹ American Medical Association. Global climate change and human health H-135.938. <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/climate%20change?uri=%2FAMADoc%2FHOD.xml-0-309.xml> . Updated 2014.

⁴⁰ The European Climate Pact aims to engage citizens and communities in action for our climate and environment. https://ec.europa.eu/clima/policies/eu-climate-action/pact_en

Se a sociedade e as nações pretendem mitigar os impactos e riscos que o aquecimento global apresenta e construir um novo paradigma sustentável, a dignidade humana e os direitos humanos fundamentais podem e devem estar presente .Porque uma agenda sem valores é uma agenda vazia, estéril e incapaz de alcançar qualquer meta ou objetivo. Nesse sentido, na preparação da agenda da ONU para substituir os Objetivos Do Milênio (ODM) pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS):

Um conjunto integrado de seis elementos essenciais (que poderíamos chamar de referenciais, e/ou critérios, ou valores éticos) foi escolhido para auxiliar e reforçar a agenda do desenvolvimento sustentável, a saber: (a) Dignidade: para acabar com a pobreza e combater as desigualdades; (b) Pessoas: para garantir uma vida saudável, o conhecimento e a inclusão das mulheres e crianças no processo de desenvolvimento; (c) Prosperidade: para crescer uma economia forte, inclusiva e transformadora; (d) Planeta: para proteger os ecossistemas para todas as sociedades e para os nossos filhos; (e) Justiça: para promover sociedades e instituições fortes, seguras e pacíficas; e (f) Parceria: para catalisar a solidariedade global para o desenvolvimento sustentável (Globethics.net:2015)⁴².

A contribuição da Bioética para os desafios do século XXI entra em uma nova fase global, “como delineada em 1970 por Van Rensselaer Potter, a Bioética propôs uma reflexão moral sobre o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e seu impacto à sobrevivência da vida planetária, o que já lhe atribuiu, desde o nascimento, uma vocação eminentemente global”⁴³, pois é um conjunto mais amplo de questões, problemas e

⁴¹ Resnik DB. Bioethics and Climate Change: A Response to Macpherson and Valles [published correction appears in Bioethics. 2017 Jan;31(1):68]. Bioethics. 2016;30(8):649-652. doi:10.1111/bioe.12261

⁴² Globethics.net. Global Ethics Network for Applied Ethics. (2015). Principles on Equality and Inequality for a Sustainable Economy. Endorsed by the Global Ethics Forum 201 with Results from Ben Africa Conference 2014. Text 5. Globethics.net. (Cf. annex 1: Equality in the Sustainable Development Goals. Annex 2: Inequality in the post-2015 Agenda).

⁴³ Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.

princípios está emergindo no contexto das relações planetárias, como as mudanças climáticas e a migração. Esta nova etapa da Bioética aparece através do quadro ético apresentado na Declaração Universal da UNESCO⁴⁴ sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), ratificada por todos os países, onde reconhece os Direitos Humanos como referencial mínimo universal para a Bioética. A DUBDH tem como um dos eixos estruturais o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito aos direitos humanos universais e às liberdades fundamentais tornando evidente a interface entre Bioética e direitos humanos.

A DUBDH é a primeira declaração política no campo da Bioética que foi adotada por unanimidade por todos os Estados Membros da UNESCO. Em contraste com outros documentos internacionais, a DUBDH formula um compromisso dos governos e faz parte do direito internacional embora não seja vinculante como uma Convenção. A DUBDH apresenta uma estrutura universal de princípios éticos para o desenvolvimento da Bioética em nível global.

Desde a homologação da Declaração Universal de Bioética muita coisa mudou, é o que salienta Patrão Neves: alargando-se do domínio biomédico, e ecológico ao social, e vinculando a Bioética aos direitos humanos, ratifica-a como uma Ética Global para o século XXI”. Numa perspectiva planetária uma Bioética global não é apenas necessária, mas urgente para tratar de temas como a mudança climática, migração e saúde, questões globais que também exige uma resposta de uma Bioética global.

Para lidar com o aquecimento global e o seu impacto sobre a vida e o planeta é *sine qua non* enfrentar o sistema de produção e a sua fonte de energia. Para Soromenho, “não podemos fugir às consequências do que sabemos. As alterações climáticas dão-nos razões imperativas para

⁴⁴ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

acelerarmos a saída de uma economia e de um estilo de civilização patologicamente dependentes dos combustíveis fósseis⁴⁵.

Incluir a mudança climática no debate bioético pode e deve ser um imperativo moral imprescindível, o que segundo Macpherson “A Bioética geralmente se estende a essas questões e deve se envolver com elas, mas apenas alguns poucos bioeticistas proeminentes o fizeram. Embora as emissões, as mudanças climáticas e as conexões entre saúde e meio ambiente recebam pouca atenção, mesmo na ética ambiental e de saúde pública, elas são explicitamente abordadas na literatura sobre ética climática - mas isso raramente é publicado em periódicos de Bioética”⁴⁶.

Neste debate bioético proposto por Macpherson, pode ser o mesmo caminho indicado por Francisco na Encíclica *Fratelli Tutti*⁴⁷, quando afirma que a “paz real e duradoura é possível somente a partir de uma ética global de solidariedade e cooperação ao serviço de um futuro modelado pela interdependência e a corresponsabilidade na família humana inteira.

A Bioética pode e deve responder aos desafios que a mudança climática e a crise migratória impõem no contexto hodierno. Pois, a bioética, “numa perspectiva etimológico-conceptual, uma “ética aplicada à vida”, podendo referir-se tanto à vida na sua expressão universal (biosfera) como à sua especificação ao nível humano, podendo orientar-se tanto para o fundamento ou razão de ser da ação como para o estabelecimento de normas ou obrigações a que se subordine a ação sobre a vida, sempre com a exigência de intervir eficazmente nas perplexidades

⁴⁵ Anuário de Sustentabilidade 2015 · Economia de baixo carbono<
http://bcsdportugal.org/wp-content/uploads/2017/09/AnuarioSustentabilidade_2015.pdf>

⁴⁶ Cheryl C. Macpherson, Muge Akpinar-Elci, Caribbean Heat Threatens Health, Well-being and the Future of Humanity, *Public Health Ethics*, Volume 8, Issue 2, July 2015, Pages 196–208, <https://doi.org/10.1093/phe/phv008>

⁴⁷ *Fratelli Tutti*, 2020, 127.

de uma vida agora artificializável”⁴⁸.

Uma pesquisa feita na plataforma Pubmed utilizando os termos em inglês (*Bioethics and Clima Change*) ou (*Global Warming and Bioethics*) como título ou palavras chaves encontramos menos de 50 artigos. Um número insignificante, haja visto que, a mudança climática é um dos maiores se não for o maior desafio que a humanidade enfrentará no século XXI.

Considerações Finais

A guisa de conclusão, este capítulo – que tange à bioética e aos desafios do século XXI: mudança climática e migração – buscou apresentar a mudança climática e seu contexto histórico, afirmando que as mudanças ambientais são tão antigas quanto o próprio planeta. Ao revisar os relatórios e índices internacionais, não identificamos apenas números e percentuais que causam perplexidade, mas, um desafio que exige na Bioética global uma reflexão/ação necessária para buscar alternativas para solucionar os problemas.

Vimos que o impacto da mudança climática aumentou drasticamente o fluxo migratório de seres humanos e animais. A migração tornou-se um desafio para a saúde pública local e global. Os migrantes e refugiados são mais vulneráveis as doenças e acidentes. Compreendemos que as doenças e transmissões de doenças são mais impactantes devido à migração e clima, assombrando e podendo causar colapso na saúde pública.

A saída e também o remédio, ao nosso ver, é assumir nosso compromisso e comprometimento ético inspirado na Fratelli Tutti do Papa Francisco, onde nos ensina como podemos e devemos ajudar os migrantes: encarnando os verbos acolher, proteger, promover e integrar.

⁴⁸ NEVES, Maria Patrão. **O admirável horizonte da bioética**. Editora Glaciari, 2016.

Neste caminho conciliamos a Encíclica papal com a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco, que é comprometida com a dignidade humana, com a proteção das gerações futuras e à proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade. Diante dos desafios que a mudança climática e a crise migratória, que é uma crise humanitária, nos apresenta, este compromisso, possibilitará a solidariedade entre os seres humanos e a natureza, que evoca a responsabilidade social e a justiça, diminuindo os obstáculos da indiferença.

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Elen Nas

A disputa pela Inteligência Artificial (*IA*)¹ revela seu potencial estratégico² e, como ferramenta ou produto, seus criadores propõem apresentar soluções que suplantam a capacidade humana, seja na leitura de imagens para detectar uma doença e seus estágios, seja para prever a possibilidade de adoecimento, com base em informações genéticas e estatísticas. Nesses casos, o questionamento bioético inicia-se em pensar nos impactos desses sistemas de informação nos profissionais da medicina e nos pacientes.

Uma vez que a *IA* tem uma ampla abrangência, torna-se desafiador discutir todas essas questões de uma só vez. Este capítulo versa sobre as implicações da *IA* no âmbito social, porém, convidamos o leitor a traçar paralelos entre os sistemas de classificação presentes na esfera científica e computacional, com o seu transbordamento nas práticas sociais.

Ainda que se possa autonomamente concordar ou discordar do resultado apresentado por um sistema de aprendizagem de máquina (leia-se *IA*), o reforço de padrões tais como preconceitos, ao invés de contribuir para erradicação dos mesmos, enfraquece as perspectivas de mudança.

No caso da saúde, se os sistemas aprendem com dados que integram informações antigas e interpretações ultrapassadas do ponto de

¹ CASTRO, D.; MCLAUGHLIN, M.; AND E. C. Who is winning the ia race: China, the EU or the United States?, 2019.

² WORLD KW& C. How The Federal Government's AI Center Of Excellence Is Impacting Government - Wide Adoption Of AI. Forbes. 2020 Aug 8; House TW. Executive Order on Maintaining American Leadership in Artificial Intelligence. US; 2019.

vista científico, o que se tem são novas ferramentas replicando velhas ideias.

Exemplos de pesquisas aleatórias feitas no *Google* demonstram que preconceitos estruturais estão vindo à tona. Quando pareciam extintos, tais preconceitos estavam, na verdade, escondidos nas sombras de sistemas mais antigos que a Internet ou que as mídias sociais, dentro da linguagem, dicionários e enciclopédias. Eles eram ofuscados pela luz dos debates humanitários e, no momento, são esses debates que estão ofuscados atrás das armaduras das ‘telas planas’.

O avanço progressivo no desenvolvimento da *IA*, portanto, reacende debates que vêm sendo deixados de lado, não apenas nos últimos anos, como também nas últimas décadas.

As consequências sociais de se viver em bolhas³ vêm sendo discutidas, especialmente quando os algoritmos bloqueiam alguns conteúdos enquanto priorizam outros, tornando-se armas de manipulação política com forte impacto em todas as esferas da sociedade. A pauta de discussão sobre as ideologias nas estratégias de uso de imagem parecia ter ficado no passado como mais uma “reclamação” de uma intelectualidade herdeira da teoria crítica. Porém, as manipulações de conteúdo semântico e imagético se revelam nas mídias sociais, quando pesquisas quantitativas, conduzidas para averiguar o engajamento e interação dos usuários do *Facebook*, são capazes de revelar que o contágio emocional pelas redes é massivo e são disparados por estímulos elaborados para servir de ‘gatilhos’⁴.

Como revelado por investigação jornalística⁵, as estratégias de

³ PARISER, E. *The Filter BUBBLE: What the Internet is Hiding from You* [Internet]. New York: The Penguin Press; 2011. Available from: <https://vimeo.com/23568423>

⁴ KRAMER, A. D; Guillory J. E.; HANCOCK, J. T. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 111, n. 24, p. 8788-90, 2014.

⁵ NEWS, C. 4. **Cambridge Analytica Uncovered**. YouTube, , 2018. Disponível em:

“estimular apatia” ou “incitar os ânimos” dos eleitores tornou o jogo eleitoral um vídeo game. Quando tais sistemas possuem alcance mundial cabe também perguntar qual cultura é representada nesses modelos. Em geral os dispositivos e os planos que eles trazem não se adaptam, são as pessoas que devem se adaptar a eles. Desse modo ocorre um apagamento cultural e cabe-nos indagar quais os argumentos bioéticos para tratar o problema da computação pervasiva como replicadora de padrões (e preconceitos) quando a IA apresenta apenas decisões baseadas em estatísticas.

Discussão

Erros humanos e de máquina não são sem consequências, e há vários casos que demonstram como o racismo e o sexismo fazem parte da arquitetura e da linguagem da tecnologia, um problema que precisa de atenção e remediação.⁶

A inteligência se desenvolve no treinamento, isto é, na educação. Modelos como behaviorismo e construtivismo podem ser interpretados como distintas visões de mundo. O método construtivista preconiza a participação ativa na construção do conhecimento, como resultante das relações entre as partes. No caso da interação humano-computador (IHC), o método se traduz na compreensão de que o usuário dos sistemas deve ter uma participação proativa. A proatividade, porém, não se resume em apertar botões⁷. Ela requer a capacidade de intervir na ordem dos acontecimentos programados. O modelo construtivista como incentivo à cultura participativa está alinhado com o respeito à autonomia, que é um

<<https://youtu.be/mpbeOCKZFfQ>>

⁶ NOBLE, S. U. **Algorithms of oppression: How search engines reinforce racism**. New York: nyu Press, 2018.

⁷ PRIMO, A. F. T.; CASSOL, M. B. F. Explorando o conceito de interatividade: definições e taxonomias. **Informática na educação: teoria & prática**, 1999.

princípio essencial à bioética. Para a bioética, interessa também a discussão sobre *Big Data* e como ele automatiza a desigualdade⁸. Com preconceitos e classificações embutidos nos sistemas de informação, as pessoas que mais sofrem com injustiças tem suas capacidades, - psíquicas e intelectuais -, subavaliadas e aparecem nos sistemas de justiça com graus de “periculosidade” exagerados. A automatização da desigualdade resulta, portanto em punição ao o pobre por ser pobre, diminuindo-se a sua possibilidade de mobilidade social, já que está submetido a uma situação de estresse contínuo, o que lhe impacta tanto na capacidade de absorção de conhecimento e novas informações, quanto no equilíbrio emocional, necessário para lidar com desafios.

O behaviorismo, por outro lado, possui o foco no controle e manipulação do comportamento e o conceito de autonomia é também bastante prejudicado dentro desta perspectiva, pois tentar prever como uma pessoa irá se comportar requer um sistema de classificações determinista⁹. Portanto, no construtivismo há a inter relação enquanto no behaviorismo há a manipulação em favor do controle e obediência.

Trazer a chamada ‘subjetividade’ para análise sugere que os resultados podem ser diferentes de acordo com a qualidade dos acontecimentos e as relações que se estabelecem no ambiente. O processo de ‘tornar-se’, portanto, é ontológico, em constante comunicação com os fenômenos experienciados.

Os impactos da *IA* estão apenas começando a se mostrar e, o que se vê é uma sociedade agonizante, em sérios conflitos culturais. A *IA* vem há mais de meio século fomentando debates filosóficos e sua influência mais evidente é o dualismo (separação corpo-mente). Tal conceito supõe

⁸ EUBANKS, V. **Automating Inequality: How high-tech tools profile, police , and punish the poor.** St. Martin’s Press, 2018.

⁹ CHOMSKY, N. The case against BF Skinner. **The New York Review of Books**, v. 17, n. 11, p. 18–24, 1971.

uma matéria que caminha independente da consciência - esta que permanece indecifrável. Entretanto, a mente separada do corpo é capaz de controlá-lo, estabelecendo diretivas *a priori*. Com base em tal premissa, porque os humanos se organizam por convenções, categorias e padrões, é possível fazer com que a máquina simule estar pensando¹⁰. A padronização de modelos específicos como um estatuto de verdade único, culmina não exatamente em verdade, mas em uma monocultura¹¹. Assim, se a IA representa modelos e decisões unificadas, o presente capítulo argumenta se é aceitável ter um único tipo de ideia moldando vidas, quando existem diferentes culturas, com outras visões de mundo e outras formas de solucionar os problemas, em seus mais diversos aspectos.

As tecnologias são comumente associadas a “utilidade” e, portanto, vistas como produtos que podem ser melhor controlados por determinados mercados. O fato da tecnologia ser também arte (*techné*) confunde sua ontologia, assim como as relações que se estabelecem com ela. A confusão reside no fato da tecnologia, como arte, possuir atributos criativos como a materialização de ideias. Este é um aspecto sedutor e envolvente da tecnologia, pois existe algo de mágico e lúdico em seu devir. Enquanto a arte representa visões particulares ou parciais, em consonância ou dissonância com alguns saberes, a tecnologia como instrumento da ciência agrega autoridade científica a uma criatividade delimitada por pragmatismos.

A ideia de que a ciência, em tese, representa um compromisso com a verdade e o bem comum é uma prerrogativa que intensifica o entusiasmo sobre a *IA*. Porém, erros em sistemas de reconhecimento facial levam

¹⁰ NASCIMENTO, E. C. C. Reflexões bioéticas na era da inteligência artificial. In: JOÃO CARDOSO DE CASTRO, J.; NIEMEYER-GUIMARÃES, M. **Caminhos da Bioética II**. Teresópolis: Editora Unifeso, 2019. p. 345–362.

¹¹ SOCIETY, T. R. **You and AI – the politics of AI**. YouTube, , 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HPopJb5aDyA>>

inocentes para a cadeia¹², e “inovações” na saúde sem avaliação apropriada¹³ são exemplos onde as tecnologias emergentes vêm causando danos irreparáveis à vida. As questões éticas envolvendo os dados provenientes de sistemas computacionais resultam também em legislação, como a Lei de Proteção de Dados¹⁴. Porém, para fazer valer os direitos adquiridos, é necessário um maior envolvimento da sociedade de modo a evitar manipulações, desinformação e preconceito.

A proatividade capaz de mudar os rumos de uma "ciência ruim" requer um público informado que seja capaz, inclusive, de cobrar informações sobre as decisões automatizadas de uma *IA*. O “direito à explicação” elencado na lei de proteção de dados europeia (GDPR)¹⁵ continua sendo um desafio a ser posto em prática. Apesar de alguns esforços iniciais (e recentes) para tornar explicáveis os resultados retornados pelos sistemas¹⁶, o entendimento da tecnologia como uma mera ferramenta, incapaz de mudar as circunstâncias da vida, é um obstáculo. A tecnologia é composta por materiais brutos e processados através de conhecimento de engenharia e química, assim como inclui elementos imateriais que são informação, linguagem, arquitetura e modelos.

Facebook, Instagram, Twitter, WhatsApp representam modelos que estimulam a simulação e a repetição. São formas “práticas” de comunicar narrativas baseadas em padrões: performatividade, identidade, afirmação,

¹² KOCHAVI, M. Dark Net – “Identity”. Showtime, , 2017.

¹³ DICK, Kirby. **The Bleeding Edge**. Netflix, 2018.

¹⁴ PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, CASA CIVIL, C. DE A. J. **LEI No 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018**. Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Lei/L13709.htm

¹⁵ COMMISSION, E. General Data Protection Regulation. Disponível em: <https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_en>. Acesso em: 31 ago. 2018.

¹⁶ RIBEIRO, M. T., SAMEER SINGH, C. G. “Why Should I Trust You?” Explaining the Predictions of Any Classifier. Proceedings of the 22nd ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and data mining. **Anais**. 2016

familiarismo e tradição. À direita ou à esquerda, a base do sistema é tão antiquada quanto “o resgate da tradição perdida”, pois tudo é traduzido em dados que revelam uma sociedade majoritariamente conservadora. As abordagens sensacionalistas e do absurdo representadas em estratégias de marketing digital de cunho político geram desinformação e propagam notícias falsas. Ocorre, nesse sentido, uma apropriação do discurso estético através da proliferação de imagens, como previu o filósofo Vilém Flusser décadas antes: “no futuro todos serão performers”¹⁷. Ao analisar as estratégias de propaganda e marketing com a popularização da TV, ele profetizou sobre a barbárie como consequência da replicação contínua de imagens que repetem um discurso simbólico hegemônico, sem a pausa de reflexão necessária sobre o conceito do que está sendo criado. Contudo, Flusser sugere também que a criação impensada pode gerar respostas, sendo este um caminho produtor onde o conflito (como em uma perspectiva dialética) representa tensão em busca de respostas. Assim, no modelo ‘tese-antítese-síntese’ as coisas produzidas podem ser o início de uma comunicação que requer respostas e comentários. Esses são elementos embutidos em produtos e ações como em um diálogo intersubjetivo¹⁸. Porém, para que tal diálogo aconteça, são necessárias pessoas proativas. Nas mãos da indústria o objetivo de venda/lucro apenas alimenta o consumismo e a obsolescência programada¹⁹. Problemas estes que são vilões da exploração humana e ambiental. É justo reconhecer que a abertura da internet apresentou grandes contribuições para a sociedade, mas a constante manipulação da informação vem facilitando a ascensão do embuste. Enquanto diferentes desenvolvimentos tecnológicos vêm sendo construídos em paralelo, a

¹⁷ FLUSSER, V. **O mundo codificado**. Cosac Naif, 2007.

¹⁸ *Idem*.

¹⁹ DANNORITZER, C. **A história secreta da obsolescência planejada (the light bulb conspiracy)**. França, Espanha, 2010.

subjetividade e sua racionalidade tem estado demasiado ocupadas em fantasias tais como a criação de “sistemas inteligentes”.

Os dispositivos de alta tecnologia estão entre nós e “o outro”; “eu e os outros”; “eu e o mundo”. De maneira pervasiva a ‘tela plana’ realiza a mediação de todo tipo de relacionamento no terreno dos afetos, trabalho, estudo, acesso à informação, e assim por diante. Essas mediações possuem alto tráfego de dados e são bastante convenientes para o desenvolvimento da *IA*.

Como a *IA* classifica a informação? Talvez seja o caso de questionar os sistemas de classificação, sua relevância versus impactos. Classificar, em si, é discriminar²⁰. Classificações são objetos de poder. A IBM é acusada de ter criado a arma capaz de tornar a perseguição aos judeus um holocausto²¹. Aprender com a história, desde seus aspectos éticos e bioéticos é o nosso dever. Atualmente, temos mais elementos para considerar o problema epistemológico desses modelos de classificação.

Devir-Curupira: a *IA* para além do bem e do mal

A *IA* vem se tornando catalisadora de questões em diferentes esferas, capazes de incluir gênero, igualdade social, justiça, trabalho ou saúde. Sistemas computacionais, utilizando *Big Data* e operando com *Machine Learning* e *Deep Learning*, são a base da *IA*. Ela é também composta por tudo que colabora no entendimento dos hábitos humanos, isto inclui linguagens, cultura e comportamento.

E se o primeiro passo para construir uma *IA* é copiar a inteligência humana, a tarefa é complexa, pois o entendimento sobre o que é “inteligência” não é o mesmo em todas as culturas. A *IA* reflete o modelo

²⁰ SOCIETY TR. **You and AI – the politics of AI** [Internet]. YouTube; 2018. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=HPopJb5aDyA>

²¹ BLACK E. **How IBM Technology Jump Started the Holocaust**. GIZMODO. 2011.

de humano na ciência moderna, o modelo da ética iluminista que nos “termos de uso” legíveis diz que os direitos são universais, enquanto nas formas “não legíveis” torna-se evidente que os “direitos universais” são para certos tipos de humanos: homens, brancos, preferencialmente com certo poder aquisitivo. Nos tempos atuais a *LA* tem embutidos também, os valores da economia neoliberal globalizada, com modelos de sucesso individualizados, competição permanente, em detrimento de organizações coletivas e da busca de soluções conjuntas²². A *LA*, portanto, é um “produto” que aponta para o futuro, porém sua base epistemológica, cultural e social é guiada pelo passado. Como o personagem da lenda folclórica brasileira, o *Curupira*, a *LA* se volta para frente enquanto seus passos estão marcados para trás. O *Curupira* tem interpretações distintas, desde “demônio” a “protetor da floresta”. No relato de José de Anchieta em 1560, o *Curupira* seria o responsável pelo açoite e assassinato de indígenas:

É coisa sabida e pela boca de todos corre que há certos demônios, chamam Curupira, que acontece aos índios muitas vezes no mato, dão-lhe açoites, machucam-nos e matam-nos. São testemunhos disso os nossos irmãos, que viram algumas vezes os mortos por eles. Por isso, costumam os índios deixar em certo caminho, que por ásperas brenhas vai ter ao interior das terras, no cume da mais alta montanha, quando por cá passam, penas de aves, abanadores, flechas e outras coisas semelhantes, como uma espécie de oferenda, rogando fervorosamente aos Curupiras que não lhes façam mal.²³

Seja o *Curupira* um tipo de “capitão do mato”, um “Exu” ou Oxossi, também a *LA* confunde seus seguidores apresentando o passado quando o que se espera dela é um caminho mais responsável e seguro para o futuro. Ela atua com características cruéis, como nos exemplos onde

²² DINES A. **Observatório da Imprensa Entrevista o Sociólogo Zygmunt Bauman** [Internet]. TV Brasil; 2015. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=kM5p8DqgG80>

²³ <https://pt.wikipedia.org/wiki/Curupira>

suas aplicações resultam em injustiças. Mas ela também pode representar “os olhos” para deficientes visuais, alerta de memória para os que sofrem da doença de Alzheimer ou mesmo companhia para pessoas solitárias.

Nas artes a *LA* desafia o humano a criar para além dos padrões já conhecidos. Pois um sistema baseado em aprendizado de máquina já é capaz de aprender automaticamente um estilo e gerar novo conteúdo²⁴. Contudo, se as tecnologias emergentes vêm criando turbulências na cultura moderna do ocidente, idealmente a reunião entre ética e estética, ciência e arte, quiçá poderá ampliar as fronteiras do conhecimento, multiplicando as chances de enfrentamento aos novos desafios provocados pelo rico emaranhado das revoluções tecnológicas.²⁵

Enquanto a *LA* no campo criativo levanta questões no campo da autoria e futuro das artes, um aprendizado de máquina com objetivo de classificar “ações humanas” através de filmes resulta em “mulheres interagindo com crianças” e “homens em situação de luta com outros homens”.²⁶ Tais resultados chamam atenção quando se quer incentivar os homens a dispensar maior tempo no cuidado e educação das crianças, padrão este que já vem se modificando sensivelmente. A boa notícia é que essas tecnologias reacendem os antigos debates da semiótica, sobre os conteúdos produzidos para consumo ordinário (cultura de massa). A produção para cinema e TV, assim como diversos “produtos culturais”, representam visões estereotipadas da cultura, e são essas visões que estão sendo utilizadas para treinar os algoritmos do futuro. Ao longo de décadas há críticas ao caráter nocivo dos produtos que circulam nos sistemas de informação, em épocas em que as mídias eram a imprensa, rádio e TV. Tais críticas eram insignificantes frente à prerrogativa de liberdade de

²⁴ BRIOT, J. P; HADJERES, G; F.-D. P. **Deep Learning Techniques for music generation**. Computatio ed. Springer, 2020.

²⁵ COLTON, S. **Computers and Creativity**. Melbourne, London: Springer, 2012.

²⁶ SOCIETY, T. R. **You and AI – the politics of AI**. YouTube, , 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HPopJb5aDyA>>

mercado, até se tornarem esquecidas. Eventualmente, perspectivas éticas atingiram algumas propagandas identificadas como prejudiciais, como as da indústria do tabaco,²⁷ embora, até o presente momento muitas das discussões permanecem ativas, desde que a violência de gênero, machismo, racismo e outros preconceitos que continuam povoando o imaginário em produtos culturais e propagandas. A *IA* que torna possível obter respostas rápidas a conteúdos semânticos torna-se mais facilmente influenciável porque ela está embutida em sistemas técnicos, ubíquos, que representam operações matemáticas, estatísticas, onde se crê existir neutralidade e acurácia. É ainda raro que os engenheiros da computação se perguntem sobre a qualidade dos dados utilizados no sistema de aprendizado e quais os possíveis impactos de previsões com representações enviesadas. Com debates éticos mais frequentes nos últimos cinco anos, os pesquisadores, desenvolvedores e empresas começaram a dar maior atenção a tais problemas que são de difícil solução, pois envolvem camadas mais profundas que vão da epistemologia à política.

O “aprendizado de máquina justo” é recente, embora algumas análises sejam de dez anos atrás. Entretanto, o pensamento técnico só consegue lidar com partes do problema, aplicando de maneira limitada os princípios de justiça, discriminação e inclusão. As soluções matemáticas e estatísticas não são capazes de lidar com preconceitos embutidos nos sistemas. Assim, é uma ilusão crer que soluções pontuais irão contorná-los. Na verdade, o resultado pode, perversamente, prejudicar mais os grupos/indivíduos aos quais se supunha proteger.²⁸ Por exemplo, “neutralizar” classificações de gênero e étnicas poderão resultar na falta

²⁷ UNIVERSITY, S. **Research into the impact of tobacco advertising**. Disponível em: <http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/> Acesso em: 23 jul. 2018.

²⁸ S CORBETT-DAVIES SG. **The measure and mismeasure of fairness: A critical review of fair machine learning**. (arXiv preprint). Report No.: arXiv:1808.00023. 2018.

de reconhecimento de que estes grupos são alvos nos crimes de ódio. A extrema especialização dos saberes faz com que os profissionais das áreas de saúde, legislação e gestão pública, junto a cientistas da computação, tenham dificuldade em encontrar um ‘denominador comum’ no entendimento de como algoritmos possam evitar reproduzir discriminação.²⁹

Muito provavelmente porque não é papel dos algoritmos apontar soluções que envolvam o destino humano na educação, saúde, trabalho, moradia e assim por diante. A pergunta, portanto, não é como fazer a *LA* mais justa, mas por que se faz necessário utilizar *LA* para avaliar acesso a serviços (incluindo os básicos, como saúde), periculosidade, competência e confiabilidade, classificar/discriminar indivíduos, os comparando com práticas passadas. Por exemplo, se o modelo de sucesso de uma determinada empresa em toda sua história eram de homens brancos com tais e tais características, o resultado na avaliação de pessoas com outras características que aspiram uma posição na empresa será fraco ou mesmo negativo³⁰. Desse modo, para os excluídos históricos, estão reduzidas as chances de se ter um futuro.

Insistir ainda na possibilidade de algoritmos neutros, sabendo que eles representam planos onde já estão definidos os resultados desejáveis, seria inocência, cinismo, pragmatismo ou ceticismo em relação a princípios tais como da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*³¹. Afinal, como se pode criar algo neutro dentro de um mundo não neutro, do contrário, um mundo em guerra onde se lucra com a fome, a miséria, o conflito bélico e os desastres ambientais? Talvez seja o caso de modelar

²⁹ MJ KUSNER, J LOFTUS, C RUSSELL, R. S. Counterfactual fairness. *Advances in neural information processing systems*, p. 4066–4076, 2017.

³⁰ O'NEILL, C. *The era of blind faith in big data must end*. Disponível em: <https://youtu.be/_2u_eHHzRto>. Acesso em: 12 dez. 2018.

³¹ ASSEMBLY, U. *Universal declaration of human rights*. UN General Assembly. 1948 Dec 10;302(2)., 1948.

os algoritmos, não a partir do que o mundo foi ou é, mas como gostaríamos que ele fosse, assumindo assim o caráter da invenção, embutido não apenas nos sistemas técnicos, como também na interpretação das estatísticas em muitos casos.

Se por um lado, a ciência e suas ferramentas representam a necessidade humana de se preparar para possíveis desastres, assim como se adaptar a limitações, há que se perguntar quais são as principais motivações dos projetos que envolvem aprendizado de máquina. O “aprendizado por reforço” toma emprestado da psicologia o método de aprendizado com foco na recompensa, e assim o “agente” tem tarefas pré-estabelecidas como metas a cumprir; e o interessante é que a despeito da complexidade e incerteza do ambiente, para a pesquisa do aprendizado obter “progressos”, os “problemas” precisam ser isolados.³² Uma analogia a tal método seria a viseira do burro.

Na corrida por inovação, cientistas e empresários assumem o argumento altruísta de que é "para tornar a vida melhor para todos", porém, a explicação mais plausível é que há uma demanda empresarial do mercado e da indústria por certos produtos que representam simplesmente lucro e controle. Talvez, no âmbito da pesquisa científica a sociedade irá “lucrar” mais com algo de onde não se prevê sucesso ou lucro algum. Pois, conforme expõe o filósofo Félix Guattari, é o desenvolvimento processual da cultura que está em questão.³³ Uma ética verdadeiramente inclusiva requer uma nova lógica. À bioética, portanto, como um chamado à reflexão, regulação e responsabilidade com a vida, cabe perguntar quais os possíveis impactos da *LA* no funcionamento humano, na sua relação com o ambiente e a saúde. Quando psicólogos trabalham para empresas como a extinta *Cambridge Analytica* e fornecem as

³² BARTO, R. S. S. AND A. G. **Reinforcement Learning: An introduction** (Second Edition in Progress). A Bradford ed. London: The MIT Press, 2018.

³³ GUATTARI, F. **“As três ecologias”**. 11ª ed. Campinas: Papirus, 2001.

ferramentas, bases e recursos da pesquisa acadêmica para projetos comerciais de marketing político com consequências nocivas, inclusive à saúde mental, é de se perguntar como algumas pesquisas são aprovadas e recebem financiamento. Um desses psicólogos, por exemplo, continua suas atividades de pesquisa, sendo seu trabalho mais recente o treinamento de redes neurais para detectar orientação sexual através de leitura facial³⁴. Além de tais estudos serem questionáveis na esfera científica, uma vez que pressupõe que determinados hormônios em gays e lésbicas influenciam características faciais, qual seria a motivação da pesquisa? Torna-se um elemento agregador do discurso *tecnofacista*, alimentando o grande banco de dados (*Big Data*) de informações que apenas são úteis para discriminar, separar, isolar. Se estamos na Era da Revolução Industrial 4.0, é mister lembrar que o conceito da fábrica como metáfora do mundo é onipresente.

IA, Ciência e Invenção

Se a *IA* é construída pela quantidade de dados, estariam eles incluindo as ideias aborígenes de felicidade? Provavelmente não. A definição de inteligência está ligada à sua representação: o que significa ter inteligência e por que precisamos dessa classificação? Os sistemas de computação funcionam através de linguagens. Linguagens precisam de determinações. Digamos, como a palavra “escuridão” poderia ter uma representação universal? Teriam as experiências humanas com a “escuridão” memórias de percepções sensoriais semelhantes em todas as culturas? Se a inteligência se resume à capacidade de aplicar habilidades e conhecimentos, ela pode ser considerada presente em muitos seres,

³⁴ WANG, Y.; KOSINSKI, M. Deep neural networks are more accurate than humans at detecting sexual orientation from facial images. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 114, n. 2, p. 246, 2018.

inclusive na *IA*. Assim, se houver algum consenso sobre o que significa inteligência, ainda que genericamente, podemos delinear uma raiz principal que poderia estar embutida em qualquer sistema, em todo o mundo. Ainda assim, a noção do que são “habilidades” e “conhecimento” poderão variar de cultura para cultura. Desse modo, cabe discutir se a *IA* privilegia pontos de vista e percepções específicos e quais são os impactos quando a vida é mediada pelas linguagens do mundo artificial representado pelas máquinas, constituídas a partir de um único modelo de ver o mundo. A sociedade ocidental, em especial seu grupo mais privilegiado, se adapta bem a tais linguagens, desde que elas são desenhadas para lhes servir resultando maior qualidade de vida. Porém, para outros grupos e outras culturas essas linguagens tendem a se tornar dispositivos de opressão na perpetuação da desigualdade. Porque os conhecimentos valiosos, efetivos, que fazem parte da vida diária não cabem nos algoritmos. As histórias das vidas, os momentos que compõem os sentimentos de alegria, perdas, sucessos, fracassos, indecisões, espera, raiva, otimismo e revoltas, não cabem nas explicações de padrões estereotipados. Assim, enquanto os conceitos europeus embutidos na *IA* podem ser representados pela máxima cartesiana “penso, logo existo”, para comunidades africanas a definição de ser é sempre uma correlação com os outros: “Eu sou porque você é.”³⁵ Do mesmo modo, muitas etnias possuem diferentes formas de ver o mundo, e conceitos como “artificial” e “inteligência” podem não fazer sentido. Contudo, se há apenas uma epistemologia embutida na *IA*, e ela penetra, através dos dispositivos e das políticas que eles envolvem, em todos os lugares povoados da Terra, estaria a *IA* reforçando uma perspectiva política-ideológica dominante e reavivando um passado de guerras que gostaríamos de ter deixado para

³⁵ BERRY, J.; COSSA, J.; MARIVATE, V. ; WRAY, S. A. **AI for good live** | Cosmo-Ubuntu, Machine Translation and Cognitive Code Switching AI for Good, , 2020.

trás?

A Organização Mundial de Saúde vem, desde 2013, trabalhando junto à União de Internacional de Telecomunicações, agência de tecnologias da informação da ONU, com o plano *eHealth*. A proposta é “empoderar” populações vulneráveis com o uso de dispositivos eletrônicos para cuidado e assistência à saúde. Em 2018 foi aprovada em Genebra, na Suíça, a resolução sobre a “saúde digital” com o foco em “populações marginalizadas”. O relatório da OMS diz: “esta resolução tem o potencial de melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas”.³⁶ É como se cada telefone celular de uma pessoa que vive em condições precárias, guardasse um “gênio da lâmpada”, e os problemas resultantes da extrema concentração de riqueza, que deixa muitas populações do mundo na miséria, estariam resolvidos. Mas, como dito, a tecnologia é também uma fábrica de ilusões. No contexto da *poiesis* há a possibilidade da inspiração e reflexão através desses meios tecnológicos, mas no contexto da *práxis* existem muitos elementos entre as ilusões vendidas e seus impactos culturais e sociais.

Quais as consequências para quem recebe uma política que supostamente lhe beneficia, sem de fato ter sua voz ouvida para que possa decidir se é o uso de tais tecnologias a melhor solução para a assistência à saúde, uma saída parcial para as condições precárias, e para melhor atender as necessidades comuns daquela população?

Reconhece-se as limitações técnicas e de infraestrutura nos locais onde as ações estão focadas, e manifesta-se a intenção de fomentar iniciativas para garantir tais necessidades³⁷, mas além das possíveis discrepâncias em prioridades de investimento e angariação de fundos para

³⁶ ORGANIZATION, W. H. Be Healthy, Be Mobile. 2020. <https://www.who.int/initiatives/behealthy> ; <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151625-9>

³⁷ UNION, W. H. O. AND I. T. **National eHealth Strategy Toolkit**. Geneva: 2012. <https://www.who.int/ehealth/publications/overview.pdf>

implementação de tais planos, há ainda o tema complexo do apagamento cultural.

Na África, por exemplo, o conceito de alteridade não faz sentido, então utilizar uma ferramenta que é projetada dentro de um dualismo onde há um “eu” e o (indesejável e incompreendido) “outro” torna-se emblemático.

Deus Ex-Machina

O pensamento Europeu moderno está procurando construir uma *IA* boa o suficiente para falar conosco, melhor do que nós no armazenamento de memória e processamento de informações, e - ainda mais ambicioso -, que ela possa transcender a inteligência humana. Ao que tudo indica, a "superinteligência" anunciada como meta transhumanista³⁸ é a tentativa do homem produzir uma engenharia reversa para a criação do “Deus Artificial” (“DA”), a “grande máquina”, capaz de cuidar de nós. Finalmente, o homem vitruviano da Renascença se torna obsoleto, e Deus volta ao comando na forma de uma *IA*, à sua imagem e semelhança. O fato do “DA” ser secretamente comandado por alguns indivíduos com o objetivo de manipular as pessoas não é algo que difere do presente ou passado distante, em tudo que envolve seu nome. O que difere é que o “DA” ao invés de gerar coesão na esfera moral, desintegra a cultura, os valores éticos, científicos e sociais, desde que a tecnologia, apenas em seu sentido utilitário, nas mãos da indústria e governos, comumente representa controle em favor da manutenção de um determinado *status quo*.

Vivenciamos e criamos com as tecnologias em escala limitada. As limitações vêm dos designs, das caixas fechadas, da mentalidade industrial

³⁸ NASCIMENTO, E. C. C.; SIQUEIRA-BATISTA, R. The brain and the robot: bioethical implications in transhumanism. *Ciências & Cognição*, v. 23, n. 2, p. 237-242, 2018.

que planeja a obsolescência, do lugar subalterno reservado à estética, como se o imaginário importasse muito pouco em face às “urgências” do mundo.

Ademais, a linguagem não representa uma tradução direta dos pensamentos, senão uma adequação da imaginação ao vocabulário disponível, de acordo com as narrativas que revelam os valores da cultura. Por exemplo, um aborígene australiano incorpora a orientação espacial na linguagem, algo que se aprende desde a infância, o que faz com que uma criança seja capaz de explicar as coordenadas em todo seu caminho, de origem e destino em uma simples saudação de “bom dia”. Em comparação, na cultura ocidental um adulto bem informado tem dificuldade em situar onde estão os pontos cardeais.³⁹ Os humanos, em geral, criam mitos e símbolos para expressar narrativas eleitas como importantes para sua cultura. *LA* é uma lenda que aumenta o desejo de superar as limitações da vida e da morte. Ter o poder da criação em nossas mãos é o grande desejo e a *LA* alimenta essa narrativa, com as visões previstas de uma possível consciência sendo carregada em corpos sintéticos. A ciência moderna é moldada a partir da compreensão antropocêntrica, isto é, o homem está no centro e a visão predominante é a sua própria interpretação de mundo onde ele enumera motivos para ser mais especial do que outras espécies, e mesmo, mais especial que outros de sua própria espécie. Com efeito, ao criar coisas a partir do imaginário, construir linguagens e encontrar a sua singularidade, o humano demarca a sua identidade e gera diversidade, já que existem muitas línguas, culturas e subculturas.

As tecnologias digitais apresentam “soluções” assim como o *devir Deus Ex-Machina*. As “soluções desejáveis” têm foco em sujeitos

³⁹ BORODITSKY, L. **How language shapes the way we think**. TEDWomen | Youtube, 2017.

específicos. Suas instruções não vêm mais escritas na pedra, elas agora são algoritmos que limitam e moldam os resultados dos *outputs*. Todavia, “no princípio era o verbo”⁴⁰, ou melhor, o axioma.

Classificações e conteúdo semântico

O estudo da *LA* revela uma complexa interconexão de conhecimentos. Uma vez que reconhecemos que não podemos padronizar muitas definições sem incorrer no erro de imprecisão e, até mesmo de preconceito, a busca pelo conhecimento abre um portão interdisciplinar desafiante. A ciência é uma busca por padrões, e padrões são tendenciosos. Uma maneira de explicar os sistemas de classificação talvez seria reconhecer a possível imprecisão dos estudos, pois a apresentação de resultados parciais como totais também tem suas consequências.

Classificações cheias de preconceito são armas. Elas têm intenções de enfraquecer o renegado "outro" para justificar o abuso, a dominação, e subjugação, a criminalização. Muito antes da *LA* se tornar presente nos sistemas de informação, o *Oxford English Dictionary* define “gypped”, que é “provavelmente uma abreviatura de cigano”, como “um sujeito astuto e inescrupuloso”.⁴¹

Quando os negros e indígenas eram considerados “selvagens” ou “humanos não desenvolvidos” o suficiente para gozar plenamente dos direitos “universais” evocados pelo Iluminismo, haviam outros grupos em linha a serem perseguidos e estigmatizados, como judeus e ciganos. Se esses estigmas e falsas suposições foram responsáveis pela morte de milhões de pessoas na Segunda Guerra Mundial, eles permanecem uma

⁴⁰ JOÃO I. **Bíblia Online**. Disponível em: <https://www.bibliaonline.com.br/acf/jo/1>

⁴¹ BRADFORD, A. Roma Culture: Customs, Traditions & Beliefs. **LIVESCIENCE**, nov. 2018.; CHALLA, J. Why Being “Gypped” Hurts The Roma More Than It Hurts You. **NPR**, dez. 2013.

ameaça à vida, já que considerar alguém "inferior" por qualquer motivo que seja, é uma desculpa criada pela irracionalidade da razão. Trata-se de uma confusão projetada para bloquear a empatia instintiva que os humanos têm por espelhamento⁴². Uma vez que a empatia é bloqueada o “sujeito-outro” pode sofrer qualquer tipo de discriminação, desrespeito, abuso, exploração, genocídio, assassinato, feminicídio. As mulheres ainda permanecem alvo e a vulnerabilidade irá variar de acordo com a posição social, porém, as disparidades salariais e sub-representação em diferentes cargos de trabalho, facilitam o assédio sexual e moral. Pois, cada vez que uma parte se sente legitimada para intimidar a outra, por uma autoridade atribuída *a priori*, o assédio sexual é apenas uma das consequências.

Com a participação da sociedade, os resultados tendenciosos em plataformas como o *Google* vêm sendo corrigidos de tempos em tempos. Mesmo assim, “novas instâncias de racismo e sexismo continuam aparecendo nas notícias e nas redes sociais”⁴³.

Um exemplo de muitos: em setembro de 2020, uma “social influencer” postou nas redes que a definição do *Google* para ‘mulher solteira’ era “prostituta”, “meretriz”. Após cerca de uma semana, o Google corrigiu, informando que trabalham com conteúdo licenciado de dicionários parceiros, e não editam nem removem definições. No entanto, ainda não está claro por que a opção destacada para o resultado da busca “mulher solteira” foi o “significado pejorativo”.

Fazendo a mesma pesquisa por “homem solteiro” o resultado mostra o significado como um “adjetivo” e na segunda opção aparece o “significado figurativo”.

Este é um exemplo trivial de como os algoritmos refletem a

⁴² WONDER, P. OF. **How Culture Makes Us Feel Lost - Dr. Gabor Mate On Finding Your True Self Again** YouTube, 2019. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TTjvXtZRerY>>

⁴³ NOBLE, S. U. **Algorithms of oppression: How search engines reinforce racism**. New York: NYU Press, 2018.

(sub)cultura, e quem busca encontrar no *Google* um dicionário básico, vai recebendo essas informações subliminares, muitas vezes sem se dar conta. É correto presumir que tais desvios de informação possam influenciar mais os jovens, desde que estão em formação. Contudo, os adultos que se adequam ao “politicamente correto” por convenção, se sentem autorizados a perpetuar certos preconceitos e mesmo causar injúrias a outrem quando uma simples busca confirma um preconceito reprimido.

Safiya Noble afirma que o Google é uma plataforma criada para vender coisas e muitas vezes é confundida com uma fonte confiável para obter informações e conhecimento. Em geral, é compreensível que as pessoas acreditem que tudo o que está à disposição do público deva passar por algum tipo de avaliação e regulamentação. Seria o dever da gestão pública, pois, via de regra, a responsabilidade social, por meio de legislação, ordem executiva e instituições, deveria garantir que todas as empresas trabalhem para o bem da sociedade como base do contrato social. Acredita-se também que uma vez discutido e corrigido um determinado problema, sua repetição seria improvável devido ao aprendizado social e restrições impostas. Mas, como os preconceitos continuam voltando aos sistemas automatizados, cabe investigar a base do sistema, suas fontes de informação e as maneiras como obtém os resultados.

Desde que o GDPR⁴⁴ foi aprovado, os cientistas da computação vêm trabalhando nos desafios para atender as demandas da lei. Softwares como o *Lime* demonstram como as "redes neurais" obtêm seus resultados.⁴⁵ A pergunta é se existem conflitos de interesse entre fazer o

⁴⁴ COMMISSION, E. **General Data Protection Regulation**. Disponível em: <https://ec.europa.eu/commission/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules_en>. Acesso em: 31 ago. 2018.

⁴⁵ RIBEIRO, M. T.; SINGH, S.; C. G. **“Why Should I Trust You?” Explaining the Predictions of Any Classifier**. Proceedings of the 22nd ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and data mining. **Anais**. 2016

negócio gerar lucros, e prover informação confiável.

Perspectivas

A IA, como discurso único, tem um alcance maior do que qualquer religião. Ela é onipresente e cabe, portanto, compreender seu funcionamento, como ela poderá melhor se adaptar a determinados ambientes e, em alguns casos, até mesmo avaliar se deve ser implementada como mediadora no cuidado à saúde em populações com dificuldades de subsistência básicas.

Embora a IA seja recebida com otimismo e engajamento em diversos meios, é dever de uma perspectiva bioética requerer que planejamentos como eHealth, Mobile Health, e Digital Health sejam realizados com consulta e entendimento das necessidades das populações onde se quer implementar tais planos; averiguar como, e se, o consentimento informado está sendo aplicado e, ainda mais importante, entender o que será feito com os dados coletados e se esse uso e compartilhamento de dados é de interesse de todos os envolvidos.

Assim como a pandemia não nos deixa qualquer escolha em relação ao uso dos serviços de plataformas digitais, no caso de implementação de serviços de saúde mediados e monitorados pelas tecnologias, também a escolha entre manter a privacidade e não ser mais um dado na vigilância, consequentemente não acessando o serviço, não é escolha.

Uma possível solução seria uma IA customizável que possa ter embutida no seu algoritmo uma lógica inclusiva e não exclusiva. Em outras palavras, ao invés de decidir entre “ou é isto ou é aquilo”, os resultados expostos através de sua explicação e mostra de probabilidades pode evitar que padrões definidos quantitativamente se convertam em (falsas) verdades. Padrões podem ser características ou mesmo

representação de práticas sociais, quando por exemplo, os dados policiais contabilizam mais pessoas negras, em geral é apenas reflexo do fato destas pessoas serem abordadas com maior frequência⁴⁶. Criar estigmas a partir de tais inconsistências é opcional.

⁴⁶ O'NEIL, C. **Weapons of math destruction: how big data increases inequality and threatens democracy**. New York: Crown, 2016.

CONTRAPONTO HEIDEGGERIANO AO CINISMO DO “E DAÍ?”

Murilo Cardoso de Castro

“E daí?”, “não estou nem aí”, são expressões idiomáticas que alguns parecem adotar neste momento dramático da humanidade, assolada por uma pandemia. Sem qualquer parcimônia, estas expressões são utilizadas vulgarmente em resposta frequente a não importa que faceta científica ou mesmo opinativa da multidimensional complexidade da pandemia. O espectro de utilização da expressão é muito amplo e até surpreende em casos de oposição a sólidos embasamentos lógico-argumentativos. Chega-se ao absurdo de “não se estar nem aí” para o vírus, para as medidas sanitaristas, para os impactos sócio-econômicos da pandemia, e, pasmem-se, para as lamentáveis e inúmeras fatalidades em curso.

“Não estou nem aí” é uma expressão que parte do reconhecimento que há um “aí” certamente, mas que este “aí” é optativo, uma possibilidade de ser/estar a se optar, até mesmo pelo oposto, por não ser/estar “aí”. Nesta concepção equivocada confunde-se, muitas vezes, este “aí” com um “aqui”, um “ali” ou um “lá”, enfim uma localização ou posicionamento, em que é possível ser/estar ou não ser/estar, seja psíquica ou corporalmente, ou ambos. Esquece-se ou finge-se um *esquecimento do ser/estar*¹, sem o qual não haveria *o que é*, e muito menos qualquer “aí”, menos ainda “aqui”, “ali”, “lá”, “psique”, “corpo”, e o que

¹ Usaremos itálico para palavras estrangeiras e em geral para as palavras do léxico heideggeriano. Utiliza-se, conforme à conveniência da argumentação, duas traduções de *Ser e Tempo* em português, a de Marcia Schuback (HEIDEGGER, Martin, **Ser e Tempo**. Trad. Marcia Schuback. Petrópolis: Vozes, 2006), com inestimáveis notas e importante “Apresentação”, e a de Fausto Castilho (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012) com sua edição bilingue, indispensável para enfrentar o vocabulário muito próprio de Heidegger.

quer que seja, *que é*, incluindo a própria escolha.

Em linguagem heideggeriana, em se tratando do “*ser*” humano, o único acesso possível a este *ser* (*Sein*) a cada vez “humano”, é via o *sendo* (*ente*, *Seiende*) que “nós o somos cada vez nós mesmos [cada vez eu]”², a esfera do *ser-aí* (*Dasein*). Um *ser/estar-aí*, na positividade de *ser/estar* enquanto *possibilidades de ser* (*Seinsmöglichkeiten*) atualizadas ou realizadas, e, ao mesmo tempo, na negatividade de *não ser/estar* enquanto *possibilidades de ser* irrealizadas; mas sempre *ser* em um ou outro caso, inclusive na condição de um “*aí*” (*Da*)³, em presença ou ausência humana e de coisas e de outros. Com efeito, “*não ser/estar nem aí*” é uma expressão falsa, ditando uma pretensa negação do *ser/estar aí* face o imperativo da *verdade do ser/estar* (*Wahrheit des Seyns*)⁴. É uma ilusória negação, que, em primeiro lugar, jamais pode se dar em relação ao *ser*, mas apenas a um referencial dele advindo, o “*aí*” de um *aí-se-é*; e, em segundo lugar, só pode se dar desde a possibilidade, única e exclusiva, de *ser/estar* se realizando ou se atualizando “*aí*”, simultaneamente em presença ou ausência, o que leva à suposição equivocada que é possível, ao bel prazer de um sujeito imaginário, se situar seja nesta presença seja nesta ausência. Doce ilusão, não há em absoluto como “*não estar nem aí*” exceto na bravata de um suposto sujeito decididor, o qual de fato surge ele mesmo na decisão impessoal por *ser/estar-aí*.

Estar/ser aí, *Da sein*, não é ocupar um lugar, mas «abrir»-se ao ente [sendo]. Esta característica mostra bem em que é que ele difere dum ente qualquer: um seixo, um móvel. Abrindo-se, ele irrompe entre esses entes

² HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 139.

³ “O *aí* [*Da*] em *Ser e tempo* não significa uma definição de lugar para um ente, mas indica a abertura na qual o ente pode estar presente para o homem, até ele mesmo para si mesmo” (HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon**. Tr. Gabriella Arnhold e Maria de Fátima de Almeida Prado. São Paulo: Escuta, 2017, p. 135).

⁴ “O *Dasein* é exemplar porque é o parceiro que em sua essência como *Dasein* (guardião da verdade do *ser*) joga para e com o *ser*”. (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 45)

que fazem, ipso facto, parte do seu mundo. Ser aí é manifestar-se, iluminar-se sendo o iluminador: «Ser aí é ser em si mesmo a sua própria luz» Heidegger esforça-se, aqui, por nos fazer compreender a identidade do ser e do aí, a unidade do *Da-sein*. Mais tarde, ele insistirá dizendo que o ser-aí é ser-o-aí. Mas, a partir de *Sein und Zeit* [*Ser e Tempo*], ele exprime-se claramente: «Originalmente, o ser-aí comporta em si o seu “aí”; se ele deixasse de o comportar, não apenas não seria faticamente, como não poderia mesmo ser, de modo algum, o ente que a sua essência determina. O ser-aí é a sua abertura, a sua revelação.»⁵

Tomemos, portanto, esta constatação do imperativo da *verdade do ser/estar*, tanto em *aí-se-sendo*, *possibilidade de ser* realizada, quanto em *aí-não-se-sendo*, *possibilidade de ser* irrealizada, como ponto de partida para examinarmos doravante o *ser/estar do aí* (*Seins des Da*), e especificamente neste caso este mesmo “aí” do qual há pretensa afirmação ou negação de nele se *ser/estar*.

O ente que é essencialmente constituído pelo ser-no-mundo é cada vez ele mesmo o seu “aí”. Segundo a significação usual da palavra, o “aí” indica um “aqui” e um “lá”. O “aqui” de um “eu-aqui” é sempre entendido a partir de um utilizável “lá”, utilizável no sentido do ser voltado para ele, em ocupação-desafastante-direcionada. A espacialidade existenciária do Dasein que assim lhe determina seu “lugar” funda-se ela mesma sobre o ser-no-mundo. O “lá” é a determinidade de um ente do-interior-do-mundo que-vem-de-encontro no-interior-do-mundo. O “aqui” e o “lá” só são possíveis em um “aí”, isto é, se um ente que, como ser do “aí”, abriu a espacialidade. Esse ente traz em seu ser mais-próprio o caráter do não-ser-fechado. O termo “aí” significa essa essencial abertura. Por meio dela esse ente (o Dasein) é para ele mesmo “aí”, unido com o ser-“aí” de mundo⁶.

Por conseguinte, segundo o que Heidegger anteriormente

⁵ PASQUA, Hervé. **Introdução à leitura de Ser e Tempo de Martin Heidegger**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997, p. 74 [nossos adendos entre colchetes].

⁶ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, 379, 381

prenunciava na mesma obra⁷, a constituição ontológica fundamental do ser-aí é ser-em-o-mundo (In-der-Welt-sein), estrutura constituinte e instituinte de uma abertura (Erschlossenheit) de ser. Por conseguinte, ser-em-o-mundo perfaz a abertura de ser-aí como clareira (Lichtung) de um “aí”: “em que” um sendo surge, se determina (Seinsbestimmung) e assim entes (Seienden) vêm de encontro (begegnen) no âmbito da clareira; “com que” o sendo é dado e aquiescido por uma compreensão de ser (Seinsverständnis) que outorga a cada ente sua vigência (Wesen), sentido (Sinn) e modo de ser (Seinsart), como utilidade (Zuhandensein), subsistência (Vorhandensein) e Dasein-com (Mitdasein) neste vir de encontro na clareira do “aí”; “de que” o sendo é substantificado segundo uma constituição de ser (Seinsverfassung) constituinte e instituinte, por sua vez, dos entes que in-formam e con-figuram à clareira.

Nos termos de nossa restrita investigação, nos interessa este ser/estar do aí em atitudes cínicas diante de um “aí” em “tempos de pandemia”. O que não nos deixa esquecer a observação de Thomas Sheehan⁸, de que as noções heideggerianas de tempo e seus derivados apontam e se referem à “abertura [Unverborgenheit ou Erschlossenheit] que torna possível a inteligibilidade”, por conseguinte, os tempos quaisquer que sejam, assim como os de pandemia, apenas in-formam e con-figuram a esfera do ser-aí justamente como abertura de ser-em-o-mundo, se dando pela clareira de um “aí” de inteligibilidade.

Zeit, geralmente traduzido como tempo, seria uma referência ao clarear⁹ da clareira do “aí” em que o sendo se multiplica em diferenças intramundanas (innerweltlich) através da multiplicidade de entes vindo de

⁷ *Ibid.*, p. 169.

⁸ SHEEHAN, Thomas. **Making Sense of Heidegger**. London: Rowman & Littlefield, 2015, p. 97.

⁹ “O re-luzir traz para uma estada a clareira do aí e traz à tona a partir dela o ente” (HEIDEGGER, Martin. **O Acontecimento Apropriativo**. Tr. Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 209).

encontro à luz desta clareira do “aí”. Onde disposição (*Befindlichkeit*), entender (*Verstehen*), interpretação (*Auslegung*) e discurso (Rede¹⁰), são os caracteres-de-ser (*Seinscharaktere*) do ser/estar do aí. Os caracteres-de-ser do ser/estar do aí podem assim ser resumidos em sua integração unificante: diferenças proporcionadas e acolhidas por uma disposição ou encontrar-se conferem sentidos e significados conforme o estado-de-ânimo (*Stimmung*) que, por sua vez, faculta o entender conforme este mesmo estado-de-ânimo, e assim promove a interpretação conforme o entender de uma “estória”, que é relatada por um discurso sobre uma história (*Geschichte*¹¹).

A modelagem e simulação de um “aí” com vistas à objetivação do ser/estar do aí, mesmo admitindo sua limitação diante de seus caracteres-de-ser intangíveis (disposição, entender, interpretação e discurso), ainda assim é um exercício legítimo dentro de um pensamento calculativo (*rechnende Denken*), que pode propiciar diretivas muito genéricas de ação nas situações modeladas e simuladas. Todavia, não se deve esquecer que justamente a abertura e a decorrente “clareira” de surgimento do “aí” com sua multiplicidade de entes, são o próprio fundamento da estrutura constitucional e institucional ser-em-o-mundo ao ser/estar aí, somente vislumbrada por um pensamento meditativo (*besinnliches Denken*), e por isto mesmo a mais adequada à exigência de meditar o acontecer¹². Como

¹⁰ A “estorinha” que cada um se conta de e para “si-mesmo”, fundamenta um “mim-mesmo” como um discurso que “é coconstitutivo da abertura do ser-no-mundo e é pré-formado em sua estrutura própria por essa constituição fundamental do Dasein” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 457). “O discurso é a articulação significacional da entendibilidade do encontrar-se no ser-no-mundo” (*ibid.*, p. 459).

¹¹ “História [Geschichte] significa aqui um ‘encadeamento de acontecimentos e de efeitos’ que se prolonga pelo ‘passado’, pelo ‘presente’ e pelo ‘futuro’. [...] História significa, além disso, o todo do ente que se modifica ‘no tempo’ e, diferentemente da natureza, que ela também se move igualmente ‘no tempo’, as vicissitudes e as sortes de homens, as associações humanas e sua ‘cultura’” (*ibid.*, p. 1027).

¹² Será que chegaremos algum dia a meditar e a experimentar nessa meditação pela primeira vez o fato de que tudo aquilo de prático que é tão elogiado se baseia inicialmente apenas no ser e, por isso, na verdade do seer [*Sein*], que precisa encontrar seus sítios? (HEIDEGGER,

afirma a máxima medieval “*adaequatio rei et intellectus*”, é imperativa a adequação coisa e intelecto no que seja digno de pensar em quaisquer tempos.

Tomemos como exemplo, nestes tempos de pandemia, o caso dos profissionais de saúde. Eles não podem se dar ao luxo de um “e daí?”, um “não estou nem aí?”; não ser/estar aí não é uma opção nestes tempos atuais para eles. Qualquer modelagem e simulação das possíveis situações de suas vivências em tempos de pandemia, estará sempre aquém do que se passa na abertura e decorrente clareira do “aí” em que se configura o campo de entes, especialmente os próprios personagens em seus papéis de profissionais de saúde, além dos atos/fatos em que estes personagens atualmente atuam/agem e artificiam/fazem.

O chavão tantas vezes repetido de que esta pandemia é “sem precedentes”, va sans dire como dizem os franceses. Não há precedentes equiparáveis nem em micro, muito menos em macro acontecimentos. Não se pode compará-la com outras pandemias e muito menos com situações de guerra. Por exemplo, em situações de guerra os profissionais de saúde não tratam pacientes que podem lhes infectar. Em outras pandemias do passado, todo contexto social, econômico, tecnológico e político, era completamente diferente do atual, como foi o caso da gripe espanhola de 1918-1920, onde saía-se de uma grande guerra, as economias já muito abaladas e frágeis, as estruturas sociais em frangalhos, mas os meios de sobrevivência individual e coletiva em prontidão já desde a recém passagem da guerra.

Na atual pandemia, nota-se uma exacerbação e elevação a um estado crítico e agudo, todas as características-de-ser do ser/estar do aí, em geral, em sua abertura de ser-em-o-mundo. A situação é ainda mais

Martin. **O Acontecimento Apropriativo**. Tr. Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 308)

grave, na clareira do aí da linha de frente da pandemia, onde vêm de encontro infraestruturas hospitalares, tecnologia, profissionais de saúde, pacientes e familiares, sem considerar o ruído cacofônico de discursos de políticos, imprensa e curiosos. A conclamação de todos os convocados nesta clareira do aí, segundo diferentes instâncias dos acontecimentos emergenciais tem fortes repercussões sobre os dois modos constitutivos e co-originais, de ser/estar do aí em tempos de pandemia.

Primeiramente, no estado emocional de fundo (*Stimmung*, tonalidade afetiva) da disposição (*Befindlichkeit*) e no decorrente entendimento ou compreensão (*Verstehen*)¹³ da situação ; estes dois modos fundamentais por meio de um terceiro modo, a interpretação (*Auslegung*) são elaborados e fixados¹⁴, e vão receber um arrazoado e arredondamento pelo quarto modo, o discurso (Rede)¹⁵, a estória contada a si mesmo e aos outros, por cada qual convocado à clareira em/com/de que o “aí” dos profissionais de saúde está se dando assim como o vir de encontro dos entes na abertura deste ser/estar-aí.

Estas mesmas exigidas características-de-ser é que serão definitivamente determinantes nos acontecimentos emergenciais, porém situadas a uma distância abissal, muitíssimo além de todo e qualquer planejamento, normatização, orientações diretivas, ou o que quer que

¹³ “O encontrar-se é uma das estruturas existenciárias em que o ser do “aí” se mantém. Este ser é constituído com igual originariedade pelo entender. O encontrar-se tem cada vez o seu entendimento ainda quando o reprime. O entender é sempre um entender em um estado-de-ânimo.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 407)

¹⁴ “Chamamos interpretação o desenvolvimento do entender. Na interpretação, o entender, entendendo, apropria-se do seu entendido. Na interpretação, o entender não se torna algo diverso, mas torna-se ele mesmo. A interpretação se funda existencialmente no entender e este não surge dela. A interpretação não consiste em tomar conhecimento do entendido, mas em elaborar possibilidades projetadas no entender.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 421)

¹⁵ “O que é como tal articulado na interpretação, e o que de antemão é delineado como articulável no entender em geral, é o sentido. Na medida em que a enunciação [*Rede*] (o “juízo”) se funda no entender e exhibe uma forma-de-execução que deriva da interpretação, ela também “tem” um sentido.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 435)

tenha a pretensão de controlar o “sucesso” do enfrentamento da pandemia. “Sucesso” aqui devidamente compreendido em seu sentido original advindo do verbo “suceder”, do sucedido de um acontecimento apropriador (*Ereignis*)¹⁶ das contingências, conjunturas e circunstâncias deste ser/estar-aí na linha de frente da pandemia. É evidente que a disposição de cada personagem e de todos, convocados à clareira em que se dá o acontecimento apropriador na emergência da pandemia, é determinante de seu sucesso (de seu suceder e de seu sucedido). Tanto estado-de-ânimo quanto disposição, e decorrente entendimento, são absolutamente imponderáveis e incontrolláveis, apesar dos empenhos normativos, fluxogramas comportamentais, tabelas de decisão, lideranças motivacionais e psicológicas, etc. Como afirma Heidegger¹⁷:

A serenidade imperturbável, assim como o mau humor contido na ocupação cotidiana, o deslizar da primeira para o segundo, e inversamente, e ficar mal-humorado não são ontologicamente um nada, por menor que seja a atenção dada a esses fenômenos tidos como os mais indiferentes e fugazes no *Dasein*. Que os estados-de-ânimo se deterioram e podem até se inverter significa somente que o *Dasein* já está cada vez e sempre em um estado-de-ânimo. O ser de um estado-de-ânimo indeterminado, frequentemente contínuo, uniforme e insosso, não deve ser confundido com o mau humor; não só não é um nada pois é precisamente nele que o *Dasein* fica farto de si mesmo. Em tal desgosto o ser do “aí” torna-se manifesto como um fardo. Por quê, não se sabe. E o *Dasein* não pode saber semelhantes coisas, pois as possibilidades da abertura do conhecimento são demasiado limitadas, comparadas ao abrir originário dos estados-de-ânimo em que o *Dasein* é conduzido ante o seu ser como “aí”. Por outro lado, um estado-de-ânimo exaltado pode livrar do manifesto fardo do ser; e essa possibilidade de estado-de-ânimo, embora libere do fardo, abre o caráter-de-fardo do *Dasein*. O estado-de-ânimo deixa manifesto “como alguém está e como anda”. Nesse “como está” o ser do estado-de-ânimo leva o ser a seu “aí”.

¹⁶ O *acontecimento apropriador ou apropriativo* (*Ereignis*) é a realidade realizando o realizado, ou seja, um acontecer que reúne o contingencial, o circunstancial e o conjuntival em “uma apropriação do homem por parte do ser, apropriação essa em meio à qual o ente vem à tona como tal e o ser-aí conquista ao mesmo tempo o próprio que é seu.” (Nota de Marco Antônio Casanova em sua tradução de: HEIDEGGER, Martin. **O Acontecimento Apropriativo**. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 1)

¹⁷ HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tr. Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 383, 385.

Logo, a constituição e instituição do “*ai*” desde o *ser/estar-ai* é/está devidamente comprometida pelo *estado-de-ânimo* (*Stimmung*). Este vai conduzir o desdobramento em *estado emocional*, ou *disposição* (*Befindlichkeit*), que, por sua vez, determinará o *entender* (*Verstehen*), de modo tal que um *entender* ou um *compreender* estará sempre em associação a um *estado emocional* ou *disposição*. Trata-se aqui, portanto, de um *entender* original, primal do *ser/estar-ai*. Sua essência é a *existência* (*Existenz*), este *estar-fora* (*ex*), “*ai*”, enquanto *ser-em* comprometido com a *mundanidade* (*Weltlichkeit*), referida ao momento estrutural “*mundo*” de *ser-em-o-mundo*.

Lembrando que este *ser-em* é um aspecto da constituição fundamental *ser-em-o-mundo*, por sua vez constitutivo e institutivo do “*ai*”, enquanto o *em vista de que* (*Worumwillen*)¹⁸ se dá ou há de *ser/estar-ai*. No “*em vista de que*” o que se revela é justamente o que aqui se denomina *compreensão*, e com ela o sentido, a significatividade (*Bedeutsamkeit*), do acontecimento e de seu sucesso, relatada na enunciação, no discurso, na estória, que a relata. Resumindo desde certo *estado-de-ânimo*, impera uma *disposição* e um *entender* do acontecimento e seu sucesso é possível, evidenciado no *em vista de que* do acontecimento e sua *significatividade*. Esta *característica-de-ser* do *ser/estar do ai*, é outro imponderável e incontrolável em qualquer *pensamento calculativo*, geralmente desconsiderado entre as “condições normais de temperatura e pressão”.

Merece ainda certo destaque a *interpretação* (*Auslegung*), enquanto *característica-de-ser* decorrente da *compreensão*. Nas palavras de Heidegger¹⁹:

A interpretação de algo como algo funda-se essencialmente por ter-prévio, ver-prévio e conceito-prévio. A interpretação nunca é uma apreensão sem-supostos de algo previamente dado [eines Vorgegebenen, de um já-dado]. Quando a concretização particular da interpretação, no sentido da interpretação exata de texto, apela de bom grado para o que de imediato

¹⁸ “[...] o ‘em-vista-de’ concerne sempre ao ser do Dasein, para o qual, em seu ser, está essencialmente em jogo esse ser ele mesmo.” (*Ibid.*, p. 253)

¹⁹ *Ibid.*, p. 427.

“está-aí”, o que está aí de imediato nada mais é do que a indiscutida, e que-se-en-tende-por-si-mesma, opinião-prévia do intérprete, que ocorre necessariamente em todo princípio-de-interpretação como aquilo que já é “posto” com a interpretação em geral, isto é, já é previamente dado no ter-prévio, no ver-prévio e no conceito-prévio.

Segundo Jean Greisch²⁰, é da maior importância uma clareza sobre o termo *Auslegung*, traduzido por interpretação ou explicitação, que literalmente significa desdobramento. No uso corrente recobre por vezes as noções de exegese e de comentário. Trata-se portanto de uma extensão da compreensão (*Verstehen*) em uma “compreensão explicitante”, pois não se tem outra coisa que a compreensão originária, mas doravante delineada e explicitada, que vai proporcionar a *característica-de-ser* seguinte do *ser/estar do aí*, o discurso (*Rede*).

O *discurso* ou *enunciado* (*Rede*), que preferimos, aqui nesta nossa aproximação, denominar “estória”, ou pejorativamente “estorinha”, é o *a posteriori* do *ser/estar do aí*, que assim formula um relato tendo como ator principal, um sujeito, mim-mesmo, encobrando em geral, por um discurso *a posteriori* de atos/fatos passados, ao mesmo tempo, à *disposição* ou *estado emocional* originário, à *compreensão*, e à *interpretação*, que justamente facultou a formulação desta estória. Esta estória que todos aqueles convocados à *abertura* da *clareira* do “a?” de um acontecimento, se contam como personagens do sucedido, é doravante a versão “oficial” dos atos e fatos do acontecimento e de seu sucesso.

Como se pode ver, não há muito como intervir e controlar por qualquer ato normativo ou diretivo, às *características-de-ser*, enquanto imponderáveis que se desdobram desde um *estado emocional* sustentando e sustentado por determinada *tonalidade-afetiva* (*Stimmung*), e se desdobram, numa sequência lógica e atemporal, em decorrente *compreensão*, *interpretação* e *discurso* ou estória do sucesso. Mas, mesmo assim permanece um legítimo

²⁰ GREISCH, Jean. **Ontologie et temporalité**. Paris: PUF, 1994, p. 194.

exercício, apenas enquanto mais uma ascese provocativa do *pensamento calculativo*, a modelagem e simulação de acontecimentos emergenciais, de modo a controlar seu sucesso. Claro, desde que não se tenha a pretensão ilusória, porém muito comum, de alcançar arcabouço de controle com base em uma arquitetura normativa de atitudes e comportamentos requeridos em qualquer acontecimento apropriativo (*Ereignis*) de contingências, conjunturas e circunstâncias do suceder de atos/fatos humanos.

Concluindo, esta exposição visou desconstruir qualquer expressão do gênero “e daí?” ou “não estou nem aí”, como cínica e falsa em qualquer acepção que se tome, na ignorância de que para se poder dizer “não estar nem aí” é preciso logicamente *ser/estar-aí*, embora supostamente se posicionando em um ilusório distinto “*aí*” de todos, como se possível fosse. Todavia não se deve ter uma impressão equivocada ao se dizer esta falsa expressão ou ela sob sua forma reduzida, “e daí?”.

Uma autoridade qualquer indagada sobre um *acontecimento apropriador* de contingências, circunstâncias e conjunções, não pode de fato responder por tal “acontecimento”. Nos termos elaborados acima, não há um que responda pelo acontecimento, um responsável pelo acontecimento, mas há absoluta responsabilidade de todos por ele convocados e apropriados. E mais ainda, na perspectiva exposta aqui certamente não há autor de tal acontecimento, nem de seu modo de apropriação de contingências, circunstâncias e conjunções, e de constituição e instituição de personagens, coisas e outros na abertura do *ser/estar-aí* invocado e convocado pelo *acontecimento apropriador*. Todavia, embora não havendo autor do acontecimento certamente há autorias de discursos (*Rede*) que o relatam, de histórias que dele se contam, cada um dos personagens constituídos e instituídos no/pelo acontecimento. Discursos que, enquanto *logos*, são de suma importância para historiografia

(*Historie*) da coletividade dos humanos e para história (*Geschichte*) de cada “ser” humano contemporâneo ao acontecimento.

EDUCAÇÃO MORAL NOS ESTADOS UNIDOS

Arthur Santana de Paulo

Introdução

Ao educar as mentes de nossa juventude, não
devemos esquecer de educar seus corações.

Dalai Lama

O presente trabalho analisou a existência de educação para o desenvolvimento moral¹ no ensino primário e secundário nos Estados Unidos da América e suas possíveis reverberações na justiça social da nação. A investigação se alicerça na perspectiva de teóricos do campo do cognitivismo moral, dentre eles Lawrence Kohlberg, o qual preleciona a possibilidade, por meio do que alcunha de “educação moral”², de um indivíduo se desenvolver moralmente. O autor, segundo uma escala de seis estágios morais que desenvolvera, defende que um indivíduo, nos primeiros estágios seria mais egoísta e hedonista e, nos últimos, seria voltado para princípios éticos universais³.

¹ Embora arraigada de diferenças conceituais, no presente trabalho, o autor utilizará dos conceitos de Adela Cortina (2000) para diferenciar moral e ética, os quais, na perspectiva da autora, a moral se consubstancia em um “*tipo de reflexão ligada à ação humana concreta e expressa em juízos prescritivos*” (CORTINA, 2000, p. 42) de modo regular tais contas. A ética, por sua vez, também alcunhada de filosofia moral, para a autora, decorre de “*um segundo nível reflexivo sobre juízos existentes, códigos e ações*” (CORTINA, 2000, p. 42), ou seja, consiste em um discurso sobre a moral. CORTINA, Adela. **Ética Mínima: Introducción a la filosofía práctica**. 6ª ed. Tecnos. 2000. Madrid.

² BLATT, Moshe.; KOHLBERG, Lawrence. The effects of classroom moral discussion upon children's level of moral judgement. **Journal of Moral Education**, 4. 1975.

³ KOHLBERG, L; HERSH, R, H. Moral Development: A Review of the Theory. **Theory into Practice**, v. 16, n. 2, Moral Development, 1977.

Partido dos pressupostos supracitados, a presente investigação, visando a futura comparação com outras nações, optou por avaliar a presença de modelos de educação moral no ensino primário e secundário nos Estados Unidos da América. Tal nação foi escolhida em virtude de, apesar de ocupar a décima terceira posição no que tange ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴ – indicador que abrange dados sobre expectativa de vida, acesso à educação e distribuição do Produto Interno Bruto do país “*per capita*”⁵, o país, conforme será visto a seguir, apresenta elevada desigualdade em diversas áreas. O país, com um índice GINI de 0,415, ocupa a 105ª posição, dentre 155 países avaliados entre os anos de 2010 a 2017⁶. Tal índice, cuja variação é entre 0 e 1, mensura a distribuição de renda da população, de modo que, quanto mais próximo do zero, mais equitativa é a distribuição de renda da nação e, o oposto (1), representa a concentração de toda a renda a uma só pessoa⁷. A título de exemplo, o país com a distribuição de renda mais desigual, dentre os 155 países avaliados no índice, é a África do Sul, com índice de 0,63⁸, de modo que, com base nessas informações, é possível observar que os Estados Unidos, com o índice de 0,415 apresenta elevada desigualdade na distribuição de renda.

Outrossim, no que concerne à desigualdade de gênero, o país com o índice de 0.203, ocupa a quadragésima terceira posição mundial⁹. Esse indexador decorre de um cálculo matemático que abrange dados como a diferença entre o número de homens e mulheres no parlamento; de escolarização entre os gêneros; o número de pessoas do sexo feminino no

⁴ UNDP. **Human Development Indices and Indicators 2018, Statistical Update**. Communications Development Incorporated, Washington DC. 2018.

⁵ UNDP. **Relatório de Desenvolvimento Humano**. Communications Development Incorporated, Washington DC. 2017.

⁶ UNDP. **Human Development Indices and Indicators**, 2018. *Op. cit.*

⁷ UNDP. **Relatório de Desenvolvimento Humano**, *op. cit.*, 2017, p. 223.

⁸ UNDP. **Human Development Indices and Indicators**, 2018, *op. cit.*

⁹ *Idem*, p. 38.

mercado de trabalho, dentre outros.

Essa nação, igualmente, se apresenta como pouco pacífica, visto que, segundo Índice Global de Paz – documento estabelecido pelo Instituto para Economia e Paz (IEP) que analisa fatores como a segurança da nação, o número de crimes violentos, de conflitos externos e internos, dentre outros –, o país ocupa, com índice de 2.401, a centésima vigésima oitava posição mundial dentre os 163 países avaliados¹⁰.

Há também dados acerca a intolerância religiosa no país, o qual, por meio análise de elementos como restrição governamental à religião e o grau de hostilidade social dela decorrente, o Centro de Pesquisas Pew avaliou 198 nações, classificando-as em cinco níveis de intolerância, dentre eles: muito alto; alto; moderado e baixo. Nessa pesquisa, os Estados Unidos foi classificado como uma nação de moderado grau de intolerância religiosa¹¹.

Com base nas informações supracitadas é possível observar que, embora os Estados Unidos tenha uma boa qualidade de vida, em alguns aspectos, como na distribuição de renda, no tocante à igualdade de gênero, na tolerância religiosa, bem como na pacificidade da nação, tais indicadores evidenciam grande desigualdade.

Utilizando-se dos pressupostos de Lawrence Kohlberg, o qual preleciona que indivíduos com maior amadurecimento moral tendem a ser mais cooperativos e ponderados em oposição aos sujeitos com estágios menos avançados, os quais tendem a ser mais conflituosos, em virtude do predomínio de condutas hedonistas e egocêntricas¹², o presente trabalho analisará se há algum modelo instituindo de educação moral do país –

¹⁰ INSTITUTE FOR ECONOMICS & PEACE. **2019 Global Peace Index**. GPI: Sidney, 2019.

¹¹ PEW RESEARCH CENTER. **Global Uptick in Government Restrictions**. Pew Research Center. Washington. 2018.

¹² KOHLBERG, L; HERSH, R, H. Moral Development: A Review of the Theory. **Theory into Practice**, v. 16, n. 2, Moral Development, 1977.

especialmente no ensino primário e secundário –, a fim de se aferir se, de algum modo, sua existência/ausência contribuiu para a consolidação de tais indicadores de desigualdade.

Nesse sentido, a fim de proceder à verificação desta indagação, passa-se à análise do modelo de educação moral praticado nas escolas do país.

Lawrence Kohlberg, Lev Vygotsky e a Educação Moral nos Estados Unidos

Antes de se ingressar no mérito da questão, mister se faz uma breve explicação acerca da teoria do desenvolvimento moral de Lawrence Kohlberg. O autor, inspirado nas premissas de Jean Piaget – o qual por meio da obra “o juízo moral da criança”¹³ analisou o modo em que as crianças de 6 a 12 anos se relacionavam e interiorizava com normas e problemas morais –, avaliou julgamento moral de 84 jovens em sua tese de doutorado alcunhada de “*O desenvolvimento de modos de pensamento e escolha moral dos dez aos dezesseis anos de idade*”¹⁴.

O trabalho se consubstanciava na análise de perguntas envolvendo problemas morais, tais como: “rouba-se um medicamento para salvar a vida de sua esposa ou deve obedecer à lei e deixá-la morrer por falta da droga? Por que ou por que não?” A partir das respostas, o autor observou a existência de padrões de raciocínio moral, de modo que formulou uma escala subdividida em 6 estágios, que perpassam por juízos egoísticos (estágio 1), hedonistas (estágio 2), voltados para o reconhecimento social (estágio 3), para o cumprimento estrito da lei (estágio 4), para a análise dos valores fundantes para cada norma (estágio 5) e, por fim, a orientação

¹³ PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. São Paulo. Summus, 1994.

¹⁴ KOHLBERG L. **The development of modes of moral thinking and choice in the years 10 to 16**. Chicago, IL : University of Chicago ; 1958.

voltada a princípios éticos universais (estágio 6)¹⁵.

Além teoria supracitada, em trabalhos posteriores, Lawrence Kohlberg, juntamente com seu aluno Mosh Blatt, criaram um método, o qual, por meio da discussão de dilemas éticos, os indivíduos poderiam migrar entre os estágios de desenvolvimento moral. Tal processo, segundo os autores, fora alcunhado de educação moral ou educação de caráter¹⁶.

Os trabalhos de Piaget e Kohlberg foram de grande importância, especialmente pelo fato da moralidade passar *“a ser vista como uma dimensão que evolui sob influência das interações sociais e do desenvolvimento cognitivo-afetivo”*¹⁷, não podendo, *“portanto, ser diretamente ensinada tal como os conteúdos curriculares tradicionais da escola”*¹⁸.

De outro lado, teóricos como Lev Vygotsky, de modo diferente – embora complementar ao que estabelece Kohlberg –, preleciona o desenvolvimento da moralidade do indivíduo *“alicerçada nos aportes da cultura, na interação social e na dimensão histórica do desenvolvimento mental”*¹⁹. Signatário de uma abordagem inter-relacional, a qual defende que o desenvolvimento psíquico do indivíduo decorre de fatores como o contexto, ambiente e interações as quais ele está inserido, o autor pondera que, por meio dessa relação, tanto a sociedade quanto o sujeito estariam em constante mudança²⁰.

Nesse sentido, diferentemente de seu predecessor, o autor escalona o desenvolvimento da criança em dois níveis, quais sejam: o real

¹⁵ KOHLBERG, L.; HERSH, R. H. Moral Development: A Review of the Theory. **Theory into Practice**, v. 16, n. 2, Moral Development, 1977

¹⁶ BLATT, Moshe., & KOHLBERG, Lawrence. The effects of classroom moral discussion upon children's level of moral judgement. *Journal of Moral Education*, 4, 1975.

¹⁷ SAMPAIO, Leonardo Rodrigues. **A psicologia e a educação moral**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 584-595, dez. 2007. p.586.

¹⁸ IDEM

¹⁹ IVIC, Ivan. **Lev Semionovich Vygotsky** / Ivan Ivic; Edgar Pereira Coelho (org.) – Recife. Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. p.13.

²⁰ VIGOTSKY, Lev Semenovich, 1869-1934. **A construção do pensamento e da linguagem** / L. S. Vygotski ; tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

e o potencial²¹. O desenvolvimento real se consubstancia “*no nível de desenvolvimento das funções mentais da criança que se estabeleceram como resultado de certos ciclos de desenvolvimento já completados*”²². Nesse sentido, é possível exemplificar com as atividades que uma criança consegue fazer de forma autônoma e sem auxílio, tais como, a resolução de uma tarefa de matemática.

De outro lado, o desenvolvimento potencial é definido como aquele “*determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes*”²³. Por fim, há o que o autor alcunha de desenvolvimento proximal, o qual é definido pela distância entre a independência da criança e a necessidade de auxílio de outras pessoas²⁴.

É nesse diapasão que o desenvolvimento moral estabelecido por Vigotsky se insere, visto que, diferentemente da abordagem estabelecida por Piaget e Kohlberg, por meio da interação social, o indivíduo passaria de uma fase potencial para outra em que é dotado de maior autonomia moral.

Tais trabalhos, apesar de diferentes, são complementares, de modo que, enquanto os primeiros estabelecem uma perspectiva de desenvolvimento focada no indivíduo, Vigotsky buscou analisar tal processo com enfoque em uma interação social histórico-cultural.

Nesse sentido, trazendo tais abordagens para a pesquisa em tela, a fim de se analisar os Estados Unidos é possível observar que, a despeito de o país ser a nação em que nasceu um dos precursores da teoria do

²¹ VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A Formação Social da Mente**. 4ª Edição Brasileira. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

²² VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A Formação Social da Mente**. 4ª Edição Brasileira. São Paulo: Martins Fontes. 1991. p.57.

²³ *Ibid.*, p. 58.

²⁴ *Idem*.

desenvolvimento moral – Lawrence Kohlberg – ²⁵, conforme será visto a seguir, tal nação é consistente no que tange à institucionalização da educação moral nas instituições de ensino primárias e secundárias do país – embora seja possível verificar a presença de métodos correlatos ao tema desde o período colonial – nem possui um enfoque histórico-cultural apto a fomentar o desenvolvimento moral de seus cidadãos.

Antes de se ingressar na análise propriamente dita, é importante salientar que, diferentemente das instituições brasileiras, nos EUA, os níveis de educação se subdividem em, Preschool – pré-escola –, Elementary School – 1ª a 5ª série do ensino fundamental –, Middle School – 6ª a 8ª série do ensino fundamental –, High School – ensino médio.

No que tange ao aspecto histórico, com o “Massachusetts School Act” de 1647, diferentemente das instituições europeias em que a educação voltava-se à população mais rica, foi ordenado que, nas cidades com mais de 50 habitantes, fossem designados, nas escolas públicas e gratuitas, professores com a prerrogativa de ensinar os mais jovens a ler a bíblia. A premissa dos colonos era que todos os estudantes tivessem acesso, sem a necessidade de intermediários, a uma acurada leitura dos preceitos morais contidos nas escrituras, como forma de balizar os seus comportamentos²⁶. Deve ser destacado que, nos séculos XVII e XVIII, o sistema educacional do país, ante a escassez de professores, foi bastante influenciado pela igreja, uma vez que boa parte dos docentes, de modo concomitante à profissão, estudavam para se tornarem ministros religiosos, ofício que impunha-lhes transmissão dos preceitos morais bíblicos aos estudantes.

Insta destacar que, até o início do século XIX, a educação voltada

²⁵ FINI, Lucila Diehl Tolaine. Desenvolvimento moral de Piaget a Kohlberg. **Revista Perspectiva**, v. 9, n. 16, 1991.

²⁶ LAUD, L. E. Moral Education in America: 1600s–1800s. **Journal of Education**, v. 179, n. 2, p. 1-10, 1977. <https://doi.org/10.1177/002205749717900202>.

à moralidade aproximava-se de uma ética deontológica, onde as escolas “*enfátizavam bons hábitos de conduta, e não o desenvolvimento de habilidades de raciocínio moral*”²⁷. Tal modelo educacional se consubstanciava em mandamentos comportamentais e nas respectivas sanções no caso de descumprimento, sendo, um exemplo de punição, a escrita reiterada por centenas/milhares de vezes, no caderno de caligrafia, de uma regra que fora descumprida pelo discente.

Apesar da ingerência da igreja no modelo de educação moral do país, em um movimento iniciado por Benjamin Franklin, ocorrera um gradativo processo de distanciamento do ensino/religião. No entanto, sua posição – assim como a do ensino religioso – tinha como o enfoque o a transmissão de valores em detrimento de se fomentar o raciocínio moral²⁸.

Tal perspectiva, foi progressivamente alterada por Thomas Jefferson e pelo professor Horace Mann, os quais, centrados na educação voltada ao raciocínio moral dos alunos, influenciaram inúmeros teóricos, tais como Torrey Harris que, em meados do século XIX, buscaram alocar a educação moral no centro dos currículos escolares, movimento este que não obteve sucesso, em virtude da preponderância de uma abordagem voltada aos objetivos acadêmicos e vocacionais, e somente tornou a adquirir força no final do século XX²⁹.

Essa retomada, segundo a literatura da época, decorreria da preocupação, com aumento das taxas de homicídio, suicídio, uso ilegal de drogas, delinquência entre os jovens, da década de 50 a 80 nos Estados Unidos³⁰. O autor ressalta que, no mesmo período, de modo contrário aos

²⁷ *Ibid.*, p. 4.

²⁸ *Idem.*

²⁹ LAUD, L. E. Moral Education in America: 1600s–1800s. **Journal of Education**, v. 179, n. 2, p. 1-10, 1977. <https://doi.org/10.1177/002205749717900202>. p.

³⁰ WYNNE, E. & HESS, M. **Trends in American youth character development**. In: K. RYAN e G.F.MCLEAN (Eds). *Character Development in Schools and Beyond*, New York, NY, Praeger. 1987, pp. 36-58.

índices supracitados, ocorrerá o aumento de despesas com a educação, a melhoria da qualificação formal dos docentes e da qualidade de vida da população, bem como da ausência de estresses políticos, sendo tais décadas bastante calmas e pacíficas, salientando que, embora os problemas supracitados sejam bastante complexos e demandem soluções distintas, sua hipótese é que um dos fatores para tal divergência decorre de um declínio no caráter dos jovens³¹.

Outrossim, em um trabalho mais contemporâneo William e Wei³², partem da hipótese de que haja, na sociedade, uma defasagem entre a cultura material, que se consubstancia em uma abordagem voltada a inovações científicas e tecnológicas, e uma cultura não material, na qual se situa a moral. A despeito do pressuposto do professor da Universidade de Columbia, Jeff Sachs, o qual salienta que “*a raiz da crise econômica Americana reside em uma crise moral*”³³, os autores destacam que, ante a observação da conjuntura da nação e de pesquisas que demonstram a eficácia da educação moral, “*a educação moral e de caráter nos Estados Unidos está ganhando o momento*”³⁴.

Nesse sentido, tem sido observado movimentos de organizações privadas, como é o caso da “*Character Education Partnership*” que, desde 1993, visam fornecer treinamento e certificar as escolas do país, a partir de um modelo de onze princípios que fomentam atributos como honestidade, compaixão, cuidado, integridade, dentre outros, sendo tal método baseado em “*uma estrutura abrangente desenvolvida por líderes de escolas*

³¹ *Idem*.

³² WILLIAM, Yi; WEI, Michael. **Developing Moral Intelligence**. In: LIN, Jing; OXFORD, Rebecca L.; BRANTMEIER Edward J. *ReEnvisioning Higher Education: Embodied Pathways to Wisdom and Social Transformation*, pp 57-76, New York, 2013.

³³ SACHS, Jeffrey D. **The price of civilization: Reawakening American Virtue and Prosperity**. Random House. 2013.

³⁴ WILLIAM, Yi; WEI, Michael. **Developing Moral Intelligence**. In: LIN, Jing; OXFORD, Rebecca L.; BRANTMEIER Edward J. *ReEnvisioning Higher Education: Embodied Pathways to Wisdom and Social Transformation*, pp 57-76, New York, 2013.

*e pesquisadores em educação de caráter*³⁵.

Segundo a instituição, nos últimos 20 anos, mais de 800 escolas foram, a partir de um processo independente e rigoroso, credenciadas como *Escolas Nacionais de Caráter*³⁶.

Insta salientar que, os governos locais, nas últimas décadas, vêm progressivamente, fomentando desenvolvimento moral dos estudantes, de modo que, entre 1993 e 2004, vinte e três estados aprovaram leis voltadas à educação moral, no entanto, desses Estados apenas Virginia Ocidental, na época, abordou a formação dos professores e solicitou um treinamento específico de modo integrar os municípios em um programa de educação de caráter³⁷.

Atualmente, segundo levantamento feito pela Organização PETA³⁸ (2020), quarenta e um estados possuem legislações ou políticas voltadas para educação moral nas escolas. A título de exemplo, é possível citar a Legislação do Estado do Alabama, o qual preconiza que:

O Conselho Estadual de Educação e todos os conselhos locais desenvolverão e implementarão dentro de noventa (90) dias de 7 de julho de 1995, um programa abrangente de educação de caráter para todas as séries, consistindo em não menos de dez minutos de instrução por dia, com foco na desenvolvimento dos alunos dos seguintes traços de caráter: coragem, patriotismo, cidadania, honestidade, justiça, respeito pelos outros, bondade, cooperação, respeito próprio, autocontrole, cortesia, compaixão, tolerância, diligência, generosidade, pontualidade, limpeza, alegria orgulho da escola, respeito ao meio ambiente, paciência, criatividade, espírito esportivo, lealdade e perseverança. Cada plano de instrução deve incluir o Juramento de Fidelidade à bandeira americana³⁹.

³⁵ CHARACTER EDUCATION PARTNERSHIP. **Our History**. 2020. Disponível em: <https://www.character.org/history>. Acesso em 08 de janeiro de 2020.

³⁶ *Idem*.

³⁷ NUCCI, Larry. P; NARVAEZ, Darcia. **Handbook of Moral and Character Education**. Routledge. New York. 2008.

³⁸ PETA. **People for the ethical treatment of animals: Humane Education = Character Education**. 2020. Disponível em: <https://www.peta.org/teachkind/get-inspired/character-education>. Acesso em 19 de maio de 2020.

³⁹ CODE OF ALABAMA. **Education Accountability Plan**. Section 16-6B-2 - Core curriculum. 2016 Disponível em: <https://law.justia.com/codes/alabama/2016/title->

Igualmente ocorre com outros estados, como é o caso da Georgia, o qual salienta que “O Conselho Estadual de Educação deve desenvolver, no início do ano letivo de 1997-1998, um programa abrangente de educação de caráter para os níveis K-12”⁴⁰.

Algumas regulamentações, embora demonstrem a importância do desenvolvimento moral do discente, não citam especificamente o termo “educação de caráter/moral”, como é o caso de Washington:

Todos os professores devem enfatizar a importância do cultivo de boas maneiras, os princípios fundamentais de honestidade, honra, indústria e economia, os requisitos mínimos para uma boa saúde, incluindo o efeito benéfico do exercício físico e métodos para evitar a exposição e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e o valor da bondade a todos os seres vivos e à Terra⁴¹.

Ao analisar o conteúdo das legislações propostas pelos quarenta e um estados constantes na pesquisa realizada pela organização PETA, é possível constatar que, diferente do trabalho que vem sendo realizado pela instituição privada supracitada *Character Education Partnership*, não há uma uniformidade no que tange aos mecanismos de promoção do desenvolvimento moral dos discentes, o que, por sua vez, dificulta tanto a análise da eficácia quanto da real implementação das diretrizes legislativas nas escolas.

Tal posição é ratificada pelo trabalho de Nucci e Narvaez⁴², o qual salienta que, apesar de 80% dos estados americanos terem normas sobre

16/chapter-6b/section-16-6b-2. Acesso em 1 de abril de 2020.

⁴⁰ GEORGIA CODE. **Elementary and Secondary Education Article 6**. 2010 Disponível em: <https://law.justia.com/codes/georgia/2010/title-20/chapter-2/article-6/part-2/20-2-145/>. Acesso em 1 de abril de 2020.

⁴¹ WASHINGTON STATE LEGISLATURE. **Common school curriculum**. RCW 28A.230.020. 2013. Disponível em: <https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.230.020>. Acesso em 01 de abril de 2020.

⁴² NUCCI, Larry. P; NARVAEZ, Darcia. **Handbook of Moral and Character Education**. Routledge. New York. 2008.

a educação moral, há muitas controvérsias acerca do que se consubstancia esse conceito, bem como acerca das práticas eficazes relacionadas a esses métodos educacionais, servindo tal implementação preponderantemente como um instrumento de marketing para os implementadores dos programas.

Independente da observação acima acerca das deficiências nos modelos de educação moral praticados no país, há de se destacar, com base nos dados supracitados, que há uma progressiva implementação e preocupação, tanto dos órgãos públicos quando dos privados, com a educação de caráter dos jovens.

Ante a restrição de espaço, não será possível analisar pormenorizadamente cada um dos 50 estados dos EUA. No entanto, a fim de se ter uma visão conglobante acerca dos seus índices de qualidade de vida, violência, dentre outros, foi confeccionada uma tabela, visando a comparação entre eles.

Quadro 1. Relação Qualidade de Vida, Paz e Educação Moral

Estado	IDH	População (2019)	Índice Global de Paz	Existência de Previsão Legislativa sobre educação moral
Alabama	0,877	4.903.185	3.42	SIM
Alaska	0,937	731.545	2.70	SIM
Arizona	0,908	7.278.717	3.14	SIM
Arkansas	0,877	3.017.804	3.30	NÃO
Califórnia	0,93	39.512.223	2.89	SIM
Colorado	0,942	5.758.736	2.66	SIM
Connecticut	0,953	3.565.287	2.21	SIM
Delaware	0,93	973.764	3.14	SIM
Flórida	0,909	21.477.737	3.50	SIM
Geórgia	0,902	10.617.423	3.18	SIM
Hawáii	0,94	1.415.872	1.91	SIM
Idaho	0,907	1.787.065	2.24	SIM

Illinois	0,929	12.671.821	2.98	SIM
Indiana	0,906	6.732.219	2.50	SIM
Iowa	0,928	3.155.070	1.85	SIM
Kansas	0,922	2.913.314	2.63	SIM
Kentucky	0,881	4.467.673	2.39	SIM
Louisiana	0,885	4.648.794	3.97	SIM
Maine	0,914	1.344.212	1.34	SIM
Maryland	0,935	6.045.680	3.24	SIM
Massachusetts	0,956	6.892.503	1.80	SIM
Michigan	0,912	9.986.857	2.79	SIM
Minnesota	0,947	5.639.632	1.62	SIM
Mississippi	0,863	2.976.149	2.97	SIM
Missouri	0,905	6.137.428	3.21	NÃO
Montana	0,917	1.068.778	2.28	NÃO
Nebraska	0,934	1.934.408	1.88	SIM
Nevada	0,902	3.080.156	3.50	NAO
New Hampshire	0,943	1.359.711	1.50	SIM
New Jersey	0,943	8.882.190	2.61	SIM
New Mexico	0,9	2.096.829	3.16	NÃO
New York	0,942	19.453.561	2.69	SIM
North Carolina	0,905	10.488.084	2.79	SIM
North Dakota	0,942	762.062	1.71	NÃO
Ohio	0,913	11.689.100	2.43	SIM
Oklahoma	0,894	3.956.971	3.27	SIM
Oregon	0,929	4.217.737	2.08	SIM
Pennsylvania	0,922	12.801.989	2.42	NÃO
Rhode Island	0,92	1.059.361	1.83	SIM
South Carolina	0,89	5.148.714	3.26	SIM
South Dakota	0,929	884.659	2.17	SIM
Tennessee	0,892	6.829.174	3.61	SIM
Texas	0,909	28.995.881	3.30	SIM

Utah	0,93	3.205.958	1.75	SIM
Vermont	0,936	623.989	1.54	NÃO
Virginia	0,929	8.535.519	2.52	SIM
Washington	0,94	7.614.893	1.87	SIM
West Virginia	0,872	1.792.147	2.28	NÃO
Wisconsin	0,928	5.822.434	2.30	NÃO
Wyoming	0,932	578.759	2.49	SIM

FONTE: Quadro baseado nas informações constantes no United Nation Census Bureau (2019); Global Data Lab (2018); Vision of Humanity (2011).

O Quadro 1 supracitado foi elaborado com base na qualidade de vida dos cidadãos – através da aposição do Índice de Desenvolvimento Humano –, bem como do grau de pacificidade de cada Estado, por meio do Índice Global de Paz, o qual, conforme já dito, mensura fatores como a segurança da nação, o número de crimes violentos, de conflitos externos e internos, dentre outros⁴³. Tal índice, que varia entre zero e cinco, mensura o grau de pacificidade do local ora avaliado, de modo que, quanto menor o seu valor, mais pacífico ele será.

Nesse sentido, os três Estados mais pacíficos, seriam Maine, New Hampshire e Vermont, com índices, respectivamente, de 1.34, 1.50 e 1.54. Já os estados mais violentos, com índices de 3.50, 3.61 e 3.97, seriam, respectivamente Nevada, Tennessee e Louisiana. Das três localidades mais pacíficas, é possível observar que Vermont não possui legislação voltada a educação moral dos discentes e, nas três regiões com piores classificações no IGP, apenas Nevada não dispõe de tal previsão legal.

Desta feita, não é possível, com base nessas informações, estabelecer uma relação entre a educação moral e o nível de pacificidade dos estados americanos. É importante destacar que a ausência de

⁴³ INSTITUTE FOR ECONOMICS & PEACE. **2019 Global Peace Index**. GPI: Sidney, 2019.

conclusão não demonstra, per si, a ineficácia da institucionalização da educação de caráter, uma vez que, conforme já destacado, a simples previsão legislativa sem o devido treinamento dos docentes, uniformização dos métodos, bem como da integração na matriz curricular dos discentes, consubstancia-se, tão somente, em uma lei, válida, porém ineficaz/inócu, ante a ausência de implementação dos respectivos métodos.

Assim, o mérito dessa investigação está em explicitar que, apesar da existência de normas voltadas a temática, ainda não é possível detectar uma abordagem curricular uniforme e institucionalizada voltada a temática. Em conclusão análoga à supracitada Fairchild, em sua tese de doutorado em filosofia pela Universidade da Geórgia, destacou a incipiência e a desorganização que no que tange à Educação Moral nos Estados Unidos:

(...) se tais falhas na educação de caráter não forem sanadas ou se forem abordadas de modo superficial, inadequado e sem uma sólida fundamentação teórica que leve em consideração as problemáticas associadas à educação moral, sendo informada por pesquisas históricas, a atual educação de caráter acabará sendo desacreditada e seus benefícios perdidos⁴⁴.

Insta salientar que, quando se fala em um modelo embrionário, tem-se em consideração a existência, no mundo, de sistemas educacionais voltados ao caráter mais organizados. É o caso da Coreia do Sul e do Japão, o qual, apesar de não serem objeto da presente investigação, visando uma comparação, mister se faz destacar, de forma breve, algumas peculiaridades acerca do modo em que instituem seus currículos escolares.

No caso da Coreia do Sul, é possível observar que, desde 1945, a

⁴⁴ FAIRCHILD, Stephen. G. **Character education in The United States: a history of a movement with special attention to the character education inquiry**. Tese de doutorado. 2006. p. 126.

educação moral do país é disciplinada uniformemente pelo governo central nos currículos escolares, os métodos são revisados e atualizados periodicamente – entre 5 a 10 anos^{45,46,47}, bem como são alicerçados, desde 1980, no modelo de discussão de dilemas proposto por Lawrence Kohlberg⁴⁸. Ademais, além da utilização de livros voltados ao desenvolvimento moral dos alunos durante toda a vida acadêmica, em média 60 horas anuais voltadas a temática são ministradas aos discentes e, no ensino fundamental e médio, o docente é necessariamente licenciado em educação moral^{49,50,51}.

O mesmo ocorre com o Japão, o qual, não obstante a existência de problemas relacionados à eficiência dos métodos educacionais, desde o século XIX, há a preocupação do Estado em abarcar, nas escolas, a educação moral dos cidadãos^{52,53}. Destaca-se que, em 1889, fora promulgada a primeira Constituição japonesa e, a fim de acompanhar as diretrizes estabelecidas por ela, o Ministério da Educação, em 1890, estabeleceu que a educação moral fosse o principal objetivo das escolas primárias⁵⁴.

Ademais, de modo semelhante ao que ocorre na Coreia do Sul, a temática envolvendo a educação moral tem significativa influência na

⁴⁵ CHU, Beongwan; PARK, Jangho; HOGÉ, John D., **Moral Education: The Korean Experience**. Service Learning, General. 313. 1996.

⁴⁶ PARK, Sun Young. Clarifying the Characteristics and Exploring the Collaboration of Citizenship and Character Education in South Korea. **Journal of Social Science Education**, v. 16, 2017.

⁴⁷ NCEE. **National Center on Education and the Economy**. South Korea: Learning Systems. 2020.

⁴⁸ H.-I. Kim, Doduk Kyoyuk: Moral Education in South Korea and Georgia. **Social Studies and the Young Learner**, v. 12, n. 4, 17-20, 2000.

⁴⁹ CHU, Beongwan; PARK, Jangho; HOGÉ, John D. *Op. cit.*, 1996.

⁵⁰ PARK, Sun Young. *Op. cit.*, 2017.

⁵¹ NCEE. *Op. cit.*, 2020.

⁵² MARUYAMA, Hideki. **Moral Education in Japan**. National Institute for Educational Policy Research, Tokyo, 2013.

⁵³ NIER. **Instituto Nacional de Política Educacional**. Disponível em: http://www.nier.go.jp/03_laboratory/02_mokuteki.html. Acesso em 04 de maio de 2017.

⁵⁴ MARUYAMA, Hideki. **Moral Education in Japan**. *Op. cit.*, 2013.

matriz curricular escolar, visto que, das 780 horas que compõem, em média, a carga horária no ensino fundamental e médio, 35 horas são destinadas a abordagens acerca da moralidade dentro das disciplinas⁵⁵.

Conforme já dito, embora não seja o escopo do presente trabalho dissertar acerca do sistema Sul Coreano e Japonês de educação, é importante destacar a existência de países que, desde, respectivamente, o século XX e em meados do século XIX, se preocupam com o amadurecimento moral de seus cidadãos, bem como uniformizam, revisam e atualizam periodicamente os métodos de educação moral ministrados aos seus estudantes.

Nos Estados Unidos, todavia, embora sejam observados movimentos voltado a educação de caráter nas últimas décadas, ante a ausência de uma uniformização metodológica, bem como de uma diretriz clara e específica para o sistema educação, é possível considerar a o sistema do país, quando comparado às duas nações supracitadas, ainda é incipiente.

Conclusão

Conforme pode ser visto nos tópicos anteriores, a pesquisa e premissas inseridas no trabalho de Lawrence Kohlberg, traz uma hipótese arraigada de esperança, visto que o autor defenda a possibilidade de que, por meio da educação moral, seria possível tornar os indivíduos mais éticos.

Outrossim, valendo-se do pressuposto de que o desenvolvimento moral se consubstanciaria em uma condição necessária para uma ação moral⁵⁶, mister se faz o fomento à educação moral dos cidadãos, caso se

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ KOHLBERG, L.; HERSH, R. H. Moral Development: A Review of the Theory. **Theory into Practice**, v. 16, n. 2, Moral Development, 1977.

deseje um conjunto de indivíduos menos egoístas e hedonistas (estágios morais iniciais) e mais justos e solidários (estágios morais finais).

Trazendo tais ensinamentos para a análise do sistema de educação moral dos Estados Unidos é possível afirmar que, importante se faz a implementação de políticas públicas capazes de uniformizar e de capacitar os profissionais do país na condução dos jovens, de modo fomentar o raciocínio moral desses sujeitos.

Ademais, a existência de um currículo único, tais como ocorre no Japão e Coreia do Sul, facilitaria não só o processo de treinamento dos sistemas de ensino e profissionais, como também facilitaria a coleta de resultados e a aferição do eventual progresso/regresso no desenvolvimento moral dos discentes.

Ressalta-se que o problema da justiça social de uma nação, conforme já dito, é complexo e multifacetário, no entanto, acredita-se que a aplicação organizada e sistematizada de um método de educação moral nos Estados Unidos poderia tornar os índices de desigualdade constantes no tópico Introdução um pouco mais igualitários.

Outrossim, embora deficitários e desorganizados, é importante salientar que no país, há cerca de duas décadas, vem sendo implementados mecanismos promoção ao desenvolvimento moral dos jovens, de modo que, futuramente, será possível, aferir se tal esforço se convolou em resultados positivos.

Portanto, apesar de não ser possível aferir o real impacto das medidas educacionais que vem sendo praticadas hodiernamente na nação, o mérito da presente investigação se consubstancia na explicitação do estado da arte e da incipiência que perpassa a educação para o desenvolvimento moral estadunidense, para que futuros trabalhos ou políticas públicas possam realizar o respectivo aprimoramento, de modo

que, parafraseando Jeff Sachs⁵⁷, que mais nenhuma crise Americana se alicerce em uma crise moral.

⁵⁷ SACHS, Jeffrey D. **The price of civilization: Reawakening American Virtue and Prosperity**. Randon House. 2013.

OS CONFLITOS MORAIS E A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NOS CASOS DE ANENCEFALIA: O ENCONTRO DE MÉDICOS E MULHERES NA FRONTEIRA DO CUIDADO

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Considerações iniciais

O Supremo Tribunal Federal (STF) julgou ser legítima a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde, e decidiu, no dia 12 de abril de 2012¹, que a gestante, em caso de anencefalia, poderia manter ou interromper a gestação conforme seu desejo. Desta feita, não é mais necessária a autorização judicial para a realização do procedimento pelos médicos.

A anencefalia é uma má-formação incompatível com a vida. Cerca de 75% a 80% dos fetos com anencefalia são natimortos, ou seja, morrem ainda no útero². Além disso, a continuidade dessa gestação, como já dito, tem relação direta com o bem-estar físico e mental da mulher e até mesmo coloca a sua vida em risco.

Nossa Carta Magna de 1988³ fez constar o predomínio dos direitos

¹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54, de 17 de junho de 2004. Relator ministro Marco Aurélio, plenário, sessão extraordinária, julgada em 12 de abril de 2012. Diário da Justiça Eletrônico nº 79, de 24 de abril de 2012: Relata a seguinte decisão: ser procedente a ação para declarar a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, todos do Código Penal.

² *Idem*.

³ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,

e garantias fundamentais e definiu a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado para com este direito. Faz-se necessário, então, garantir os direitos das mulheres e colaborar com subsídios a conduta de profissionais e instituições de saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, pois o cuidado à saúde da mulher deve ser garantido, promovendo o respeito à mesma quanto à sua liberdade, dignidade e autonomia para decidir, com atitudes de compaixão que não permitam preconceitos e discriminações de pessoas discordantes ou que sofram de conflitos morais com relação à decisão tomada pela mulher, desqualificando e dificultando assim este encontro na fronteira do cuidado.

Em termos de políticas públicas, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha⁴, com o objetivo de qualificar a atenção materna e infantil em todo o País e reduzir as taxas de morbimortalidade. A interrupção da gravidez ou a antecipação terapêutica do parto integra esta estratégia. Criou também uma norma técnica que aborda a organização do processo de trabalho do serviço de saúde e os aspectos do planejamento e questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de anencéfalo e a possibilidade de interrupção da gestação ou de antecipação terapêutica do parto nos serviços hospitalares⁵.

Sendo assim, trazemos agora ao mote de reflexões os deveres éticos, e voltamos o olhar para o profissional que irá realizar o procedimento tão aguardado pela mulher: o médico. Cabe principalmente a esta categoria profissional atuar em benefício das mulheres, respeitando

DF: Senado, 1988.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União: Brasília** (DF); 2011 Jun 27; Seção 1.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção às mulheres com gestação de anencéfalos: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 52 p.

e garantindo a sua autonomia, o seu direito de decidir e o seu direito à rede de cuidados segura para obter a interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, a qual, desde abril de 2012 constitui um procedimento médico lícito.

Para estar em consonância com o STF, e dar maior respaldo deontológico aos médicos, o Conselho Federal de Medicina (CFM), confeccionou e publicou no Diário Oficial da União a Resolução nº 1.989, de 14 de maio de 2012, onde cita que o diagnóstico da anencefalia poderá ser realizado por um médico, mas, para a interrupção da gestação, embora baste um único laudo de ultrassonografia, este deve ser assinado por dois médicos. A segunda assinatura poderá ser aposta ao laudo ultrassonográfico por médico do serviço que realizará a interrupção da gravidez. Não poderá ser exigido o segundo laudo ultrassonográfico⁶, para a interrupção.

Assim, espera-se que os profissionais médicos sintam-se mais seguros e respaldados para realizar o solicitado pela mulher em casos de gestação de fetos anencéfalos, ou seja, a interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto, caso a mulher o procure já no segundo trimestre gestacional. Tal procedimento poderá acontecer até de forma mais rápida em termos de cronologia temporal, uma vez que pular-se-á uma etapa extremamente burocrática que era conseguir uma autorização judicial para descumprimento de um preceito fundamental.

Com base nestas considerações introdutórias, foi elaborada a seguinte hipótese para este estudo: apesar do avanço no âmbito legal, as mulheres que optam pela interrupção da gestação em casos de anencefalia, encontram dificuldade de acolhimento nos ambientes de cuidado,

⁶ Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.989**, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 14 mai. 2012. Seção I, p. 308 e 309.

encontrando objeção de consciência, escassez de recursos tecnológicos e humanos nas unidades de atendimento, além dos conflitos morais que dificultam este encontro entre a mulher e o médico na fronteira do cuidado.

Para tanto o objetivo desta pesquisa empírica será apresentar a discussão sobre os conflitos morais dos médicos, correlacionando-os ao problema da interrupção da gestação ou a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia e a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1989 de 2012.

Métodos

A investigação, empírica, consistiu no desenvolvimento das seguintes atividades: definição do tipo de estudo, sua abordagem e método.

A pesquisa teve uma abordagem mista, ou seja, quanti-qualitativa com estratégia de triangulação concomitante de dados⁷. Foi o modelo de método misto elencado para esta pesquisa, pois se pretendeu coletar concomitantemente os dados quantitativos e qualitativos e depois foram comparados os dois bancos de dados para determinar se há convergência, antagonismo ou ajustes.

A investigação foi realizada em quatro maternidades de referência para a mulher que opta pela interrupção da gestação em casos de anencefalia, na cidade do Rio de Janeiro. Uma maternidade de gestão federal, vinculada ao ensino, e três de gestão municipal, com o maior número de atendimentos destes casos na cidade do Rio de Janeiro.

A pesquisa foi realizada em consonância com o estabelecido na

⁷ CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Maternidade A), onde obteve o parecer de número 668.014, CAAE 31283214.6.0000.5275. As demais Instituições: Hospital Maternidade Fernando Magalhães (Maternidade B), Hospital da Mulher Mariska Ribeiro (Maternidade C), e Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (Maternidade D) – também cenários da pesquisa – foram citadas como Co-participantes na Plataforma Brasil e o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para análise, validação e autorização de pesquisa, onde obteve o parecer de número 693.911, CAAE 31283214.6.3002.5279.

Os participantes da pesquisa escolhidos foram selecionados por terem uma relação próxima com o objeto em questão, categorizados sob as seguintes condições: (i) os médicos plantonistas que atendem as mulheres para o ato (isto envolve os obstetras e os anestesiológicos) e (ii) os médicos que trabalham realizando o diagnóstico da anencefalia, com o exame de imagens (realizando o mesmo ou emitindo o parecer – o laudo da ultrassonografia realizada), sendo, portanto os critérios de inclusão.

Em toda a população encontrada nos cenários descritos acima, foi aplicado um questionário contendo 11 questões objetivas; em um segundo momento, sorteamos dois médicos de cada categoria, formando assim uma amostra aleatória, para realizarmos a entrevista com um roteiro semiestruturado, que continha 5 perguntas abertas, visando desvelar o ponto de vista dos mesmos com relação a interrupção da gestação em casos de anencefalia e, neste momento, também solicitamos autorização para filmagem da entrevista com vistas à elaboração de um vídeo/documentário, que foi o produto final desta pesquisa.

Os dados foram coletados após a assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE), e depois agrupados em uma amostra que conteve 145 participantes deste universo total, 122 responderam o questionário e 23 se recusaram a participar. Foram sorteados 6 médicos (2 anestesiológicos, 2 ginecologistas obstetras e 2 ultrassonografistas para a gravação da entrevista para o documentário, onde 3 aceitaram participar. Para proteger a privacidade dos participantes, as identificaremos como Maternidade A, Maternidade B, Maternidade C e Maternidade D.

Os dados produzidos nas entrevistas individuais foram transcritos e depois organizados em categorias analíticas após serem inseridos no *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009⁸. Na fase de interpretação, nos debruçamos sobre os dados gerados pelo *software* e, amparados pelo referencial teórico da Bioética – com relação às questões de início da vida, autonomia, justiça e conflitos morais –, trabalhamos com a análise de conteúdo temática de Bardin⁹.

Análise e discussão dos resultados

A apresentação dos resultados – e a respectiva discussão – serão apresentados segundo a seguinte lógica: (1) Caracterização dos participantes do estudo; (2) A interrupção da gestação em casos de anencefalia aprovado recentemente pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Conselho Federal de Medicina; (3) Atitude do médico quando a mulher chega solicitando a realização da interrupção da gestação, já com laudo comprovando a anencefalia; (4) Conflitos morais com relação à

⁸ RATINAUD, P. (2009). IRAMUTEQ: **Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires** [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>

⁹ BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988.

interrupção da gestação em caso de anencefalia; (5) O trabalho em equipe e a realização do procedimento; (6) O quantitativo de atendimentos e cuidado prestado: o encontro na fronteira e (7) Espaços de discussão na Maternidade das questões Bioéticas sobre a interrupção da gestação em caso de anencefalia e o auxílio nas tomadas de decisão por parte do médico.

1. Caracterização dos participantes do estudo

No total de 145 participantes (nº total do universo de médicos encontrados dentro dos critérios de inclusão, nos locais selecionados para a pesquisa), 122 responderam o questionário e 23 se recusaram a participar da pesquisa.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa nas maternidades (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
20 a 30	33	27,1%
31 a 40	39	32%.
41 a 50	22	18,1%
51 a 60	19	15,5%
61 a 70	09	7,3%
Sexo		
Feminino	77	63,2%
Masculino	45	36,8%
Estado civil		
Casado	63	51,6%
Solteiro	45	36,9%
Divorciado	14	11,5%
Especialização¹		
Ginecologia e Obstetrícia	86*	70,5%
Anestesiologia	26	21,3%
Ginecologia-Obstetrícia e Ultrassonografia	14*	11,5%
Ginecologia-Obstetrícia e Medicina Fetal	02*	1,6%

Religião		
Católico	72	59,1%
Espírita	15	12,3%
Ateu	11	9,1%
Espírita Kardecista	09	7,4%
Evangélico	04	3,3%
Cristão	02	1,6%
Judaico	02	1,6%
Agnóstico	02	1,6%
Adventista do Sétimo Dia	01	0,8%
Eclético	01	0,8%
Ecumênico	01	0,8%
Ortodoxo	01	0,8%
Umbanda	01	0,8%

Fonte: instrumento de coleta de dados.

Em tempo (*): 6 médicos (4,9%) possuem duas especializações.

Observamos que a maior concentração de médicos no conjunto total da amostra encontra-se na faixa etária entre 31 a 40 anos (39 médicos - 32%), são do sexo feminino (77 médicas – 63,2%), são casados (63 – médicos 51,6%) e em sua grande maioria possuem especialização em ginecologia e obstetrícia (86 médicos – 70,5%).

Nota-se que tal achado condiz com o demonstrado no estudo da Fiocruz¹⁰, onde cita duas novas variáveis na caracterização da profissão médica: o 'rejuvenescimento do contingente médico' e sua 'feminilização'. A pesquisa reafirma esse fenômeno: 70% dos médicos têm menos de 45 anos de idade, isso pode ser devido ao crescente incremento de novas escolas, que, por conseguinte, aumenta o número de jovens médicos no mercado de trabalho.

Assim sendo, baseado em um estudo que demonstra as

¹⁰ MACHADO, M. H., coord. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 244 p. ISBN: 85-85471-05-0. Available from SciELO Books .

características sociológicas da profissão médica¹¹, utilizaremos o modelo de Díaz-Jouanen que em seu trabalho buscou redefinir e reclassificar sociologicamente as especialidades médicas, neste sentido a especialidade de ginecologia e obstetrícia é classificada como intermediária que assim se conceitua: “*são as especialidades ou áreas da prática médica que associam mais estreitamente as habilidades técnicas (cirurgia) à base cognitiva das ciências médicas (clínica), intermediando essas duas áreas distintas.*”¹². Neste grupo encontram-se 19 especialidades médicas onde, segundo o Conselho Federal de Medicina, corresponde a 29,7% das especialidades, que concentram 64.206 médicos (36,3%).

Nos achados com relação à religião observa-se maior concentração na religião Católica (72 médicos – 59%), segundo um estudo publicado no *Journal of Medical Ethics*¹³, a fé religiosa de um médico possui substancial influência na tomada de decisões de condutas para com seus pacientes. Afirma o estudo que os médicos ateus ou agnósticos têm mais probabilidade de tomar decisões que acelerem o fim da vida de um paciente terminal que médicos profundamente religiosos.

Neste nosso estudo, onde abordamos questões inerentes a interrupção da gestação e antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia – identificamos nos discursos que as crenças religiosas têm real importância, na vida de alguns médicos entrevistados, a ponto de levá-los a objeção de consciência, ou até não argumentarem nada e o que é pior, não acolherem a mulher que procura este cuidado e negligenciarem a vontade da mesma, não realizando o ato e nem encaminhando a quem o faça, deixando, pois esta mulher abandonada na fronteira do cuidado porque não ocorreu o encontro, a compaixão e muito menos o dever de

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

¹³ OLIVE K. E. Physician religious beliefs and the physician-patient relationship. Johnson City, Estados Unidos. *Southern Medical Journal* 1995; 188:1249.

executar suas funções. Isso corresponde a 18 profissionais médicos do nosso estudo (14,7%)

Ainda que 14,7% dos médicos de nosso estudo possuam crenças religiosas profundas, ainda consideramos este resultado com poucas evidências científicas sobre a forma como estes profissionais associam essas crenças na prática cotidiana, ao seu ‘fazer’ médico. Detectamos que é necessário dar mais atenção em como as crenças religiosas influenciam no cuidado médico, pois percebemos aí a necessidade de reflexão pertinente a seara da moral e da ética.

A Bioética permite retomar a análise da conduta das pessoas em relação a situações concernentes à saúde, à vida e à morte, refletindo as emoções e os valores culturais¹⁴. Salienta-se que toda ação confluyente para proteção e autonomia do ser humano deve ser conduzida com espírito de humanismo, razão verdadeira da Bioética e ainda sobre os preceitos filosóficos da compaixão, onde em nosso objeto de estudo esperávamos que fosse Laica.

Verificou-se que o setor de maior concentração dos médicos ginecologistas-obstetras e anesthesiologistas foi o Centro Obstétrico (109 médicos – 89,3%), distribuídos em plantões de 12 horas semanais. Cenário este então eleito por esta pesquisa, como o principal local onde se dá o encontro entre médicos e mulheres, pois lá se realiza o que desejamos pesquisar que foi: a interrupção da gestação ou da terapêutica de antecipação do parto. Lá – neste centro obstétrico onde geralmente as mulheres estão para ‘dar a luz’, nesta tênue fronteira do cuidado – outras mulheres buscam resolução para seu sofrimento que é o de ter seu útero como um sepulcro, pois nele jaz seu filho (a) morto (a).

¹⁴ MEIRA, A.R. O entendimento In: Meira, A.R. **Folhas Soltas: bioética e meditações**. São Paulo: Grupo Editorial Scortecci, 2007.29-32.

Tabela 2 – Cartografia de trabalho na dimensão espaço-tempo dentro do atendimento à mulher nas Unidades de Saúde (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Local de trabalho na Instituição¹		
Centro Obstétrico	109	89,3%
Setor de Ultrassonografia	16	13,3%
Escala de trabalho no setor informado o qual desempenha suas atividades laborais²		
Plantonista no Centro Obstétrico (12h)	109	89,3%
20h semanais no setor de ultrassonografia	16	13,3%
Tempo de exercício da profissão (anos)		
1 a 10	58	47,5%
11 a 20	28	22,9%
21 a 30	19	15,5%
31 a 40	16	13,3%
41 a 50	01	0,8%
Tempo de trabalho no referido hospital (anos)		
Menor que um ano	35	28,7%
1 a 10	61	50%
11 a 20	18	14,7%
21 a 30	07	5,8%
31 a 40	01	0,8%
Tempo que trabalha no setor atual citado deste hospital (anos)		
Menor que um ano	36	29,5
1 a 10	64	52,4
11 a 20	14	11,5
21 a 30	07	5,8%
31 a 40	01	0,8%

Fonte: instrumento de coleta de dados. Em tempo¹: 3 Médicos (2,4%) trabalham nos dois setores; Em tempo²: 2 médicos (1,6%) trabalham em duas escalas diferentes.

Outro cenário importante é o local do diagnóstico da anencefalia

e sua confirmação: o setor de Ultrassonografia, neste espaço encontrou-se 16 médicos (13,3%), distribuídos em turnos da manhã ou da tarde, em um total de 20 horas semanais, em apenas um cenário foi encontrado médico ultrassonografista de plantão nas 24h. Este cenário, segundo os profissionais que lá estão, dispense muito sofrimento, pois é lá que se concretiza o diagnóstico e que se fornece a mulher ‘a notícia difícil’, ou seja, a de que seu filho (a) possui uma má-formação incompatível com a vida.

Nesta fronteira do cuidado o tempo de exercício profissional que os médicos possuem está concentrado entre um a dez anos (58 médicos – 47,5%). Logo, em termos de trajetória profissional, compreendemos ser um grupo ainda recente na profissão. Metade dos médicos entrevistados (61 = 50%) está trabalhando na Instituição que cita entre um a dez anos e 64 médicos (52,4%) referem estar trabalhando no mesmo setor também no espaço de tempo de um a dez anos, o que é excelente, pois conseguem assim entender a dinâmica de trabalho daquele cenário laboral porque vivenciam a mais tempo as experiências e os processos de trabalho do local.

Segundo um estudo analítico realizado pelo observatório de recursos humanos do Brasil no ano de 2004, com relação ao trabalho em saúde, a grande maioria dos médicos trabalha mais de 70 horas por semana, acumulando quatro ou mais subempregos com seus píssimos vencimentos, na tentativa de uma vida melhor. Há, intencionalmente, uma total desvalorização do profissional médico, assim como do seu salário em todos os níveis: municipal, estadual e federal. As implicações decorrentes das transformações já apontadas foram várias: segmentação, fragmentação, desorganização e informalidade dos trabalhos

terceirizados¹⁵.

Observamos que estas situações tem influência no fazer profissional, uma vez que a experiência, o cansaço, os baixos salários, a vinculação com a Instituição que trabalha, a sensação de pertencimento ao ambiente laboral são variáveis mandatórias para as questões decisivas de um profissional, seja em sua vida ou na vida de outro. Fato este que tentamos descortinar nas unidades de análise que emergiram das falas, as quais demonstramos nas categorias a seguir, nas quais os médicos transformam em atos suas reflexões e respondem as questões com grandes pontos de alerta. A primeira categoria traz o posicionamento dos médicos entrevistados com relação a Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.989, de 10 de maio de 2012.

CATEGORIA 1 - A interrupção da gestação em casos de anencefalia aprovado recentemente pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM):

Tabela 3 – O sim ou o não por parte dos médicos com relação à Resolução do CFM (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Concordam	100	82%
Discordam	22	18%

Fonte: instrumento de coleta de dados

Pelo exposto é de grande valia para este encontro na fronteira do cuidado, que os médicos sejam a favor da Resolução CFM N° 1.989, de 10 de maio de 2012¹⁶, assim a mulher tem seu itinerário terapêutico sobre

¹⁵ PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO; P. M. (Org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

¹⁶ Dispõe sobre o diagnóstico de anencefalia para a antecipação terapêutica do parto e dá outras providências, onde em seu artigo 1º cita: Art. 1º Na ocorrência do diagnóstico

a questão salvaguardado e também a certeza de resolutividade na sua questão principal: não desejar continuar a gestar um feto anencéfalo.

Nesse sentido retornamos à hipótese deste estudo que é: apesar do avanço no âmbito legal, as mulheres que optam pela interrupção da gestação em casos de anencefalia, encontram dificuldade de acolhimento nos ambientes de cuidado que procuram, encontrando objeção de consciência, escassez de recursos tecnológicos e humanos nas unidades de atendimento, além dos conflitos morais que dificultaram este encontro entre a mulher e o médico na fronteira do cuidado.

Podemos então observar que 100 (82%) dos médicos entrevistados concordam com a interrupção da gestação em casos de anencefalia, o que já se torna um mecanismo facilitador com relação ao acolhimento com compaixão laica para estas mulheres. Entretanto conforme a análise da pesquisa foi evoluindo, constatamos que o fato de ser a favor da Resolução não significa em sua totalidade realizar o solicitado pela mulher, o que foge aos conceitos que pretendíamos encontrar com relação a acolhimento e compaixão laica.

A *compaixão laica* é um conceito contemporâneo¹⁷ que pressupõe uma genuína deferência à inserção do outro no mundo, o que justifica uma atitude de acolhida incondicional, alicerçada no *não-julgamento* – ou seja, na aceitação do outro, na decisão de amparo a sua condição de existente e no movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade¹⁸.

Podemos entender a compaixão com uma atitude e neste caso,

inequívoco de anencefalia o médico pode, a pedido da gestante, independente de autorização do Estado, interromper a gravidez.

¹⁷ SIQUEIRA-BATISTA, R. **A boa morte à luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica**. In: PEREIRA, T. S.; MENEZES, R. A.; BARBOZA, H. H. Vida, morte e dignidade humana. 1ed.Rio de Janeiro: GZ, 2010, v. 1, p. 341-362.

¹⁸ ESTEVES, A. P. V. S; GOMES, A. P; SCHRAMM, F. R; SIQUEIRA-BATISTA, R. Abortion in cases of intra uterine malformation incompatible with life: laic compassion and bioethics of protection in the ethical debate. **Diversitates**, v. 4, p. 54-65, 2012.

uma decisão, neste sentido a categoria dois nos revela o que fazem os médicos quando a mulher grávida de um feto anencéfalo chega solicitando a antecipação do parto através da interrupção da gestação.

CATEGORIA 2 – Atitude do médico quando a mulher chega solicitando a realização da interrupção da gestação, já com laudo comprovando a anencefalia.

Tabela 4 – A decisão: o que fazem os médicos na fronteira do cuidado quando a mulher chega solicitando o ato (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Alegam objeção de consciência.	10	8,3%
Acolhem a demanda da mulher e realizam o solicitado.	77	63,2%
Não realizam, mas encaminham para quem o faça dentro da própria Instituição que trabalha.	22	18%
Não realizam, mas encaminham para quem o faça em outra Instituição.	04	3,3%
Não realizam e não encaminham para quem o faça dentro da própria Instituição que trabalha.	02	1,6%
Realiza, desde que a mulher consiga e porte consigo, autorização legal.	01	0,8%
Não realiza, e tenta convencer a mulher do contrário, se não for possível, encaminho a outro local.	01	0,8%

Realiza com apoio de um segundo profissional.	01	0,8%
Acolhe a demanda, mas não realiza o solicitado.	01	0,8%
Realiza caso obedeça à decisão judicial.	01	0,8%
Realiza, mas com dificuldade.	01	0,8%
Aguarda autorização judicial	01	0,8%

Fonte: instrumento de coleta de dados

Pautados em estudos recentes da Bioética, podemos citar que a habilidade de tomar decisões nos problemas éticos é essencial para a excelência profissional e para a qualidade da atenção à saúde. Só é excelente a assistência que alia exatidão técnica e responsabilidade na tomada de decisão ética. Os juízos éticos, como os clínicos, não podem desconsiderar as condições reais e circunstâncias concretas de cada contexto¹⁹.

Considerando que por dia, no exercício de sua profissão, o médico fica envolvido no mínimo com 10 processos decisórios na vida de outrem, podemos refletir que, se ele realiza sua visita médica diária em uma enfermaria de pequeno porte, já se vão de 10 a 20 tomadas de decisão que modificam consideravelmente o cotidiano de alguém, como por exemplo, quem deverá receber alta; que exame irá solicitar para determinado caso; que novo esquema medicamentoso deverá prescrever para tratar uma enfermidade que não apresenta melhora; que novo serviço dentro da rede de cuidado deverá recomendar para aquele indivíduo que padece? E isso poderá ocorrer apenas em uma manhã.

Imaginemos que depois deste turno, ele ainda tenha que, por

¹⁹ ZOBOLI E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Revista Bioética*, v. 3, p. 389-96, 2013.

exemplo, executar algumas cirurgias (somamos mais decisões importantes que modificam a vida de alguém) e ele poderá estar inserido em um dia agitado, onde ainda tenha que realizar consultas depois das cirurgias e, quem sabe, ainda ter um plantão em ginecologia e obstetrícia com uma jornada de doze horas noturnas, com uma média de atendimentos como veremos ao longo desta pesquisa de 30 mulheres em doze horas.

Ao contabilizarmos tais atos teríamos, em média, de trinta a setenta decisões na vida de alguém em 24 horas, isso sem contar as suas decisões pessoais. Agora vamos refletir sobre o tempo de formação destes profissionais e a idade cronológica que a grande maioria se gradua em médico. Será que este profissional egresso de seu curso, adquiriu a capacidade de realizar uma deliberação para tomada de decisão sempre que estiver em conflito? Será que este tempo de formação básica em medicina – seis anos – foi suficiente para dar-lhe suporte emocional, ético, moral, técnico-científico para entrar no sistema de saúde de um país e deliberar condutas?

Caracteriza-se uma grande responsabilidade o ato de primeiro deliberar para em seguida tomar uma decisão, tal atitude adquire uma dimensão ainda maior para quem tem pouca experiência de vida e, neste caso, laboral. Obviamente não podemos generalizar, pois existem pessoas que tem facilidade com o processo de tomada de decisão e outras que, por inaptidão, acabam por realizar um juízo bem diferente do que seria e acabam equivocando-se ou ocasionando um problema de maior grandeza.

Em nosso estudo constatamos que em grande parte da amostra, a maior concentração de médicos no conjunto total encontra-se na faixa etária entre 31 a 40 anos (39 médicos - 32%), entretanto em segundo lugar está a faixa etária entre 20 a 30 anos (33 médicos – 27,1%), corte etário este que possui médicos caracterizados como adultos jovens. Onde não sabemos se possuem experiência e maturidade moral para realizar

cuidadosa deliberação e tomar decisões concretas e éticas como a de interrupção da gestação em casos de anencefalia para a mulher que chega com este desejo.

Na tabela acima observamos que 77 médicos (63,2%), acolhem a demanda da mulher e realizam o solicitado. Alguns não querem realizar, mas encaminham para quem o faça dentro da própria Instituição de Saúde que trabalha (22 médicos – 18%). Observamos que apenas 10 médicos (8,3%), estão conscientes de seus direitos e alegam objeção de consciência, cientes de que não podem abandonar esta mulher a deriva, na fronteira do cuidado, sendo assim munidos da capacidade de tomar decisões, encaminham esta mulher que deseja interromper sua gravidez devido a gestarem um feto anencéfalo, para alguém que irá promover a continuidade do itinerário terapêutico e realizar o solicitado.

O conceito de objeção de consciência já deveria estar sedimentado entre os profissionais de saúde, principalmente os médicos, devido à quantidade de dilemas e conflitos morais e éticos que vivenciam em seu cotidiano, entretanto observamos que tal afirmação (a do conceito estar sedimentado) não era a realidade.

Quando de posse do nosso questionário se deparavam com esta nomenclatura como uma das possibilidades de argumentação para não realizar a interrupção da gestação em casos de anencefalia, perguntavam sobre o que seria e neste momento aproveitávamos para realizar uma roda de interação dialógica. Nesse sentido esta pesquisa se apresentava como uma grande oportunidade de Educação Permanente entre os profissionais, porque ao refletirem para responder o questionário, estavam automaticamente discutindo também o seu ‘fazer profissional’ em ato e adquirindo novos conceitos para o seu processo deliberativo., pois observem que 3 médicos (2,4%), ainda aguardavam a mulher conseguir a decisão judicial para o ato, o que atrapalhava a linha de cuidado para este

fim, pois todo médico que não é contra realizar a interrupção da gestação em casos de anencefalia realizando a antecipação terapêutica do parto, deve estar na vanguarda do assunto para continuar a acolher com compaixão estas mulheres.

Ainda sobre o assunto – objeção de consciência – aproveitamos o ensejo, para aqui deixar o conceito e assim poder esclarecer os leitores. Sendo assim, para contribuir com a construção da consciência crítica sobre este posicionamento do profissional, se faz necessário compreender:

A objeção de consciência afina-se com as liberdades públicas clássicas, que impõem um não-fazer do indivíduo, estabelecendo uma fronteira em benefício do titular do direito que não pode ser violada por quem quer que seja, nem pelo Estado. Essa idéia reflete a liberdade de consciência, isto é, viver de acordo com sua consciência, regular a própria conduta pelas convicções religiosas, políticas e filosóficas. É um tema relevante no direito constitucional brasileiro, e possui fundamento nos direitos fundamentais de algumas constituições, como a brasileira (art. 5º, VIII, e no art. 143, § 1º, CF). Este conceito cita que cada ser humano tem o direito de conduzir a própria vida como desejar, desde que não fira o direito de terceiros. Podemos dizer que a objeção de consciência opera como sinônimo de livre arbítrio tem natureza personalíssima, como as decisões relativas ao próprio corpo (caso da objeção às vacinas, aos testes de sangue, à concepção, ao aborto, à doação de órgãos, ao tratamento médico)²⁰.

Foram poucos, mas ainda existiram 4 médicos (3,2%), que não se preocupam em acolher a mulher para realizar a interrupção da gestação em casos de anencefalia e muito menos se preocupam em negar-lhes atendimento, pois responderam que: “não realizam e não encaminham para alguém que realiza nem na própria Instituição que trabalha e nem em outra”. Incluso nesta amostra está um participante da pesquisa que ainda relatou “tentar convencer a mulher a mudar de opinião”, não respeitando assim o princípio da autonomia, princípio este que:

²⁰ BUZANELLO, J. C., Objeção de consciência: uma questão constitucional. **Revista da Informação Legislativa**. Brasília a. 38 n. 152 out./dez. 2001; 173-182.

[...] não deve ser confundido com o princípio do respeito da autonomia de outra pessoa. Respeitar a autonomia é reconhecer que ao indivíduo cabe possuir certos pontos de vista e que é ele quem deve deliberar e tomar decisões segundo seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam daqueles dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais de saúde. O respeito à autonomia requer que se tolerem crenças inusuais e escolhas das pessoas desde que não constituam ameaça a outras pessoas ou à coletividade. Afinal, cabe sempre lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença são da própria pessoa²¹.

E também não recordando sua deontologia profissional, pois feria o próprio código de ética médica quando em seu capítulo IV, Direitos Humanos, artigo 24 cita que: é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.²²

Várias são as situações atitudinais que um médico vivencia e neste sentido os conflitos éticos/morais estarão a todo momento permeando as mesmas, no mote central de nosso estudo – a interrupção da gestação em caso de anencefalia – perguntou-se aos participantes da pesquisa se os mesmos vivenciavam tais conflitos, o que fez emergir a terceira categoria que se abordará a seguir.

CATEGORIA 3 – Conflitos morais com relação à interrupção da gestação em caso de anencefalia

Tabela 5 – Viver conflitos morais (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Sim, vivem conflitos.	81	66,4%
Não, não vivem conflitos.	41	33,6%

Fonte: instrumento de coleta de dados

²¹ MUÑOZ, D. R; FORTES, P. A. C.; OSELKA, G. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido.** Iniciação à bioética, 53-70

²² Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº 1931, de 24 de setembro de 2009. **Aprova o código de ética médica.** D Of União. 24 set 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: D Of União. 13 out 2009;(195, seção I):173. Disponível em: www.in.gov.br.

Identificamos em um trabalho o que citam ter sido a primeira alusão aos conflitos morais na história da filosofia, considerando ser ainda anterior a discussão contemporânea de Sartre (1970) e seu artigo “*O existencialismo é um humanismo*”. Argumentam que tal conflito estaria posto no Livro I da *República* de Platão:

Sócrates está em debate com Céfalo. Discutem sobre o conceito de “justiça”. Questionado, com a pergunta “o que é justiça”, feita por Sócrates, Céfalo prontamente responde “pagar o que se deve”. Sócrates o questiona – não cobriria satisfatoriamente todos os casos onde o tema “justiça” estivesse em questão. E exemplifica: se pede emprestada para um amigo a sua arma. Após utilizá-la, quando se está prestes a devolvê-la ao dono, descobre-se que este não está em seu juízo perfeito e, que por isso, poderá usar a arma contra si mesmo. O que fazer? Poderia ser justo devolver a arma para o amigo guiando-se pelo princípio que “deve-se pagar o que se deve”, sabendo que ele poderia se prejudicar seriamente? Sócrates afirma que a arma nessa situação não deveria ser devolvida, mesmo não sendo pago o que é devido. E assim cai a definição de Céfalo, que não consegue defender o seu princípio – preservar a integridade e a vida de alguém é claramente mais importante do que pagar o que se deve a essa pessoa, quando isso pode prejudicá-la.²³

A palavra conflito do latim *conflictu*, “choque; embate; luta”, conceitua-se como confronto de princípios ou leis que se contradizem mutuamente e impossibilitam a sua aplicação simultânea onde um sobrepuja o outro.²⁴ No caso acima citado concordamos que Sócrates, poderia ainda não pensar que estivesse frente a um conflito moral. A situação descrita pelos autores foi apenas para ilustrar um conflito moral, que segundo os mesmos, poderia ser guiado por dois princípios: “pagar o que se deve” e “proteger a vida de alguém”, destacando-se que claramente um é soberano ao outro.

²³ NUNES, L.; TRINDADE, G. **Conflitos morais insolúveis e sistemas racionalistas**: uma abordagem sobre consistência moral. *Revista Princípios*. Natal, v.18, n.30, jul./dez. 2011, p. 85-100.

²⁴ **Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico** [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2015. [consult. 2015-06-29 14:03:24]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conflito>

Podemos também destacar que Sócrates vivenciou outro conflito moral quando Platão descreve na obra “A Apologia de Sócrates”, onde no tribunal Sócrates decide morrer a parar de filosofar. Ao ler a história observamos um grande esforço de reflexão ética para a deliberação e poder optar pela escolha mais acertada na tomada de decisão por parte de Sócrates, assim ele estabeleceu uma hierarquia em seus deveres.²⁵

Já o termo Moral refere-se a um conjunto de princípios, preceitos, comandos, sendo a moral um sistema de conteúdos sobre comportamentos. Num outro sentido compreende as diferentes doutrinas morais ou a ciência que trata do bem em geral e das ações humanas marcadas pela bondade ou maldade moral²⁶. Filósofos morais discutem situações em que o homem tem o dever moral de realizar duas ações, mas não deve realizá-las, podendo se configurar assim em um “dilema moral”²⁷. Kant, neste grupo – apesar de negar a existência de conflitos morais – é o principal filósofo da moral pautado no dever, pois quando elaborou o imperativo categórico constituiu para o princípio de avaliação, da obrigação moral e também o princípio da execução – do dever moral e dos deveres de virtude. Nesse sentido outra obra deste filósofo, *Metafísica dos Costumes*, constitui-se como um sistema da doutrina geral dos deveres.^{28,29,30}

Ao analisarmos a questão sobre vivenciar ou não os conflitos morais pelos participantes de nossa pesquisa – os médicos que estão na

²⁵ PLATÃO. **Apologia de Sócrates**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

²⁶ CORTINA, A; MARTINEZ, E. **Ética**. São Paulo: Ed. Loyola, 2005.

²⁷ Dilema moral poderia se configurar como qualquer problema em que a moralidade seja relevante. Este uso lato inclui não apenas conflitos entre razões morais, mas também conflitos entre razões morais e razões legais, religiosas ou relacionadas com o interesse próprio. ²⁵

²⁸ AUDI, R. **Dicionário de Filosofia de Cambridge**, NK, Paulus, 2006

²⁹ KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Trad. de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2001.

³⁰ KANT, I. **Crítica da razão prática**. Trad. de Valerio Rohden. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

fronteira do cuidado, recebendo e acolhendo a mulher, realizando ou não a interrupção da gestação – observamos que 66,4% de nossa população estudada (81 médicos), afirmam que vivenciam conflitos morais. O que é bem mais ameno, pois dilemas morais são situações nas quais nenhuma solução é satisfatória. Tornam-se encruzilhadas que desafiam quem tenta criar regras para decidir o que é certo e o que é errado. O conflito está inserido no dilema, porém a solução, depois de muita reflexão, será cabível a uma das partes.

De toda forma, as duas situações requerem tempo com a elaboração de reflexões éticas para finalmente deliberar e tomar a decisão – no caso de nossa pergunta central, se vai realizar ou não o ato de interromper a gestação antecipando o parto – se torna uma atitude de um pensador que vai diferenciá-lo de um executor (aquele que recebe no caso a autorização e realiza o ato, sem muito refletir). Pode ser que ocorra profundo sofrimento também para quem toma a decisão.

Devemos perceber que esta decisão tomada deverá ser participada a uma equipe, pois para a realização do procedimento o médico ginecologista-obstetra, necessitará do auxílio de outras pessoas e neste sentido, este estudo procurou saber do médico que iria acatar a decisão da mulher e realizar a antecipação do parto, interrompendo a gestação em casos de anencefalia, como a equipe se comportava neste contexto, o que nos levou a reflexão do trabalho coletivo e do respeito à autonomia das decisões, emergindo assim a quarta categoria a seguir.

CATEGORIA 4 - O trabalho em equipe e a realização do procedimento

Tabela 6 – Auxílio e respeito à opinião do outro em realizar a interrupção da gestação em casos de anencefalia (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
A equipe concorda em auxiliar o ato		

Sim	89	73%
Não	33	27%
A equipe dificulta em realizar o ato		
Sim	19	15,6%
Não	103	84,4%

Fonte: instrumento de coleta de dados

Ao analisar esta categoria constatamos que 89 médicos (73%) responderam que a equipe concorda em auxiliar no ato, o que corrobora com a informação da categoria 1, onde os médicos afirmam concordar com a Resolução do CFM sobre a interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto. Na parcela que representa 27% (33 médicos), informam que tem problemas com a equipe com relação a este assunto.

Ao afirmar que “O homem é um fim em si mesmo, é uma pessoa e distingue-se das coisas”, Kant considera então cada homem como uma pessoa, ou seja, como um valor absoluto e não como um mero meio a serviço de um fim. A pessoa então, se distingue de tudo o que, sob o nome de necessidades e de inclinações, compõe a individualidade. A partir de então Kant constrói o aforismo do imperativo moral que teria o dever de ordenar a nossa conduta, individual ou coletiva, e que preceitua ao mesmo tempo o respeito por si e o respeito pelos outros: “Age sempre de maneira que trates a humanidade quer na tua pessoa quer na pessoa do outro, sempre e ao mesmo tempo como um fim e nunca meramente como um meio”.^{31,32,33,34}

Muitas vezes no trabalho em equipe precisamos deixar transparecer a individualidade para determinar um tipo de conduta que,

³¹AUDI, R. *Ibid.*, 2006

³²KANT, I. *Op. cit.*, 2001.

³³KANT, I. *Op. cit.*, 2002.

³⁴FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? *Cad Saúde Pública*, v. 9, n. 1, p. 21-7, 1993.

nem sempre, vai de encontro com o coletivo. O fato de 33 médicos (27%), não concordarem em participar do procedimento de interrupção da gestação, precisa ser reconhecido como liberdade. Kant também elaborou em seus ensaios: a pessoa é o ser racional, é o ser livre. E esta liberdade que o torna livre não é capricho, fantasia ou arbitrariedade, mas sim autonomia.³⁵ Nesse sentido respeitar o direito do profissional em não estar de acordo com a situação solicitada pela mulher também é um dever da equipe.

Entretanto ninguém tem o direito moral de infligir a um homem uma tarefa que possa alienar o seu valor como ser humano. Atos de injustiça ou de opressão são uma falta de respeito pelos outros. Sendo assim, partir única e exclusivamente de sua vontade para prejudicar, desrespeitar e alienar o outro dificultando a sua decisão e a sua forma de agir transforma-se em atitude antagônica a autonomia construída através do respeito. Enfim trabalhar e viver em sociedade requer aprender a conviver, quisera pudéssemos estar inseridos e vivendo dignamente no Reino dos fins.³⁶

Refletir sobre a dinâmica deste território de cuidado também se configura como uma possibilidade de compreender a opinião do outro com relação a realizar ou não a antecipação terapêutica do parto em casos de gravidez de fetos anencéfalos através da interrupção da gestação. Sendo assim, perguntou-se aos médicos o número de mulheres que buscam este atendimento mensal nas Maternidades para interromper a gestação e a idade gestacional das mesmas, como também qual era a atitude do médico frente a esta procura, onde obtivemos a quinta categoria que se segue.

³⁵ *Idem.*

³⁶ Mundo ou comunidade ideal onde os homens se tratam reciprocamente como fins em si, idealizada por Immanuel Kant.

**CATEGORIA 5 - O quantitativo de atendimentos e cuidado
prestado: o encontro na fronteira**

Tabela 7 – Dinâmica do território de cuidado as mulheres grávidas, as mulheres grávidas que procuram a Instituição para realizar a interrupção da gestação por todas as causas e as mulheres grávidas de fetos anencéfalos que procuram a Instituição para realizar a interrupção da gestação (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Número de mulheres atendidas em média por mês na Instituição		
De 01 a 30 mulheres	26	21,2%
De 31 a 50 mulheres	13	10,6%
De 51 a 80 mulheres	14	11,5%
De 81 a 100 mulheres	15	12,3%
De 101 a 130 mulheres	16	13,3%
131 mulheres ou mais	38	31,1%
Mulheres atendidas em média por mês, que buscam a Instituição para realizar interrupção da gestação (por todas as causas)		
Nunca atendeu mulheres para este fim	06	4,9%
01 a 05 mulheres	79	64,8%
06 a 10 mulheres	08	6,4%
11 a 15 mulheres	16	13,3%
16 a 20 mulheres	13	10,6%
Quantidade de mulheres atendidas na Instituição para realizar interrupção da gestação em casos de anencefalia		
Nunca atendeu mulheres para este fim	14	11,5%
01 a 05 mulheres	106	86,9%
06 a 10 mulheres	02	1,6%

Semanas de gestação das mulheres para realizar a interrupção da gestação em casos de anencefalia

Recusaram-se a realizar o procedimento por isso não informaram a idade gestacional.	12	9,8%
Idade gestacional entre 12 a 16 semanas	37	30,5%
Idade gestacional entre 17 a 22 semanas	53	43,5%
Idade gestacional entre 23 a 27 semanas	12	9,8%
Idade gestacional entre 28 semanas ou mais	08	6,4%

Se as mulheres precisam de apoio do médico para a tomada de decisão com relação à interrupção da gestação

Precisam de apoio	114	93,6%
Não precisam de apoio	08	6,4%

Se o médico é capaz de fazer com que uma mulher mude sua opinião com relação a interrupção da gestação

Sim	81	66,3%
Não	41	33,7%

Fonte: instrumento de coleta de dados

Nesta categoria os dados demonstraram que o número de atendimentos é intenso no dia a dia dos médicos, 54 (44,4%), demonstraram atender mais de 101 mulheres mês nas Maternidades, isso considerando todas as demandas que envolvem uma Maternidade. Para interrupção da gestação por todas as causas 79 médicos (74,8%), já

realizaram entre um a cinco atendimentos e quando dirigimos a pergunta para o escopo desta pesquisa observamos que 106 médicos (86,9%), já atenderam mulheres para interrupção da gestação em casos de anencefalia, onde a concentração de mulheres para este fim encontrava-se entre 17 a 22 semanas referentes à sua idade gestacional.

As mulheres conseguiram realizar o que desejavam tardiamente, pois o aborto pode ser classificado também quanto à idade gestacional em precoce (até 12 semanas) e tardio (de 12 a 20 semanas)³⁷. Fato que segundo os médicos entrevistados é comum, pois as mulheres demoram a conseguir acesso ao serviço de saúde para realizar o pré-natal, o que ocasiona o diagnóstico tardio desta má-formação – a anencefalia – e, por conseguinte, chegam mais tarde na fronteira de cuidado para realizar especificamente a interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto. Apontam ainda que atualmente está bem mais rápido, pois as mulheres não necessitam mais esperar por uma autorização judicial, o que retardava ainda mais o procedimento, relataram que já ocorreram casos de realizar a interrupção de gestação com fetos de 31 semanas. O que para todos é muito perturbador e o sofrimento é pungente para o médico e para a mulher.

O médico que recebe a mulher – optante pela interrupção da gestação em casos de anencefalia – percebe que sua conduta com relação ao acolhimento à decisão da mulher e na execução do ato é fundamental cronologicamente, pois o tempo neste momento é uma condição crucial para a resolução da situação, essa seria a forma real de dar apoio a mulher, nesta linha de pensamento 114 médicos (93,6%) concordam que a mulher necessita de apoio do médico com relação à tomada de decisão para interromper a gestação. Mas do universo de oito médicos que referiram a

³⁷ SOUSA, L.; PEREIRA, M. G. Interrupção da gravidez por malformação congénita: a perspectiva da mulher. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 229-242, 2010.

mulher não precisar de apoio, forneceram as seguintes informações que, o melhor e mais eficaz apoio que o médico pode oferecer é realizar o procedimento sem julgamento de valor. Abordam ainda que quando a decisão é tão somente da mulher, ninguém deve e/ou consegue dissuadi-la de tal.

Do mesmo modo, os médicos deverão pautar sua atuação nos princípios da Bioética principialista³⁸, que são deveres *prima facie* – obrigações que devem ser cumpridas, a não ser que entrem em conflito com outro dever igual ou mais forte – que são:

[...] a beneficência – que define-se pela obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano – fazer o bem, a não maleficência: ação – que deve sempre causar o menor prejuízo ao paciente, reduzindo – não prejudicar; respeito à autonomia do sujeito e da justiça – dever de atuar com imparcialidade^{39,40}.

Destarte, no campo dos deveres éticos, pertence a todos os profissionais do sistema de saúde de nosso País, no foco desta pesquisa – os médicos – realizar seu plano de cuidados em benefício das mulheres que optam por esta situação, com respeito e garantia de sua autonomia, promovendo este encontro nesta ponte que a fronteira do cuidado, com excelência no processo de trabalho, promovendo segurança a interrupção da gestação com a antecipação terapêutica do parto nos casos de anencefalia, a qual já se constitui um procedimento médico lícito, como já decidiu o STF.

Divulgar esta decisão do STF é a nossa função como profissionais

³⁸ O Principialismo de Beauchamp e Childress é uma matriz que, mesmo não possuindo um caráter de princípios absolutos, serve para ordenar as discussões bioéticas. Fundamentada em quatro princípios básicos: não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça.

³⁹ KANT, I. **Crítica da Razão Pura**. Tradução de Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2006. Coleção A Obra-Prima de Cada Autor.

⁴⁰ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

de saúde, assim amplificaremos a novos territórios de cuidado a saúde da mulher esta nova lógica de atendimento as mulheres que desejarem interromper a gestação em casos de anencefalia e aos médicos que desejarem realizar o procedimento, necessitamos promover espaços onde se possa falar sobre esta e outras temáticas bioéticas. Sendo assim, perguntou-se aos médicos se consideravam necessário ter estes espaços de discussão e auxílio nas tomadas de decisão, assim construímos a nossa sexta e última categoria analítica, que se segue.

CATEGORIA 6 - Espaços de discussão na Maternidade das questões Bioéticas sobre a interrupção da gestação em caso de anencefalia e o auxílio nas tomadas de decisão por parte do médico.

Tabela 8 – Espaço na Maternidade para discussões Bioéticas (n=122), 2015:

Variáveis	N	%
Sim, é importante.	104	85,3%
Não, não é importante.	18	14,7%

Fonte: instrumento de coleta de dados

Seguindo a lógica de análise do discurso como realizado na categoria três deste estudo, ao realizarmos a triangulação concomitante, para determinar convergência, antagonismo ou ajustes a se fazer na análise desta categoria com relação as entrevistas, utilizamos também o software IRAMUTEQ, que formulou as estatísticas textuais clássicas que deu origem a classificação hierárquica descendente com as análises de similitude e nuvem de palavras. Na análise léxica, o programa identificou e reformatou as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identificou a quantidade de palavras, a frequência média e número de *hapax* (palavras

- Na análise de similitude, emerge o seguinte dendograma:

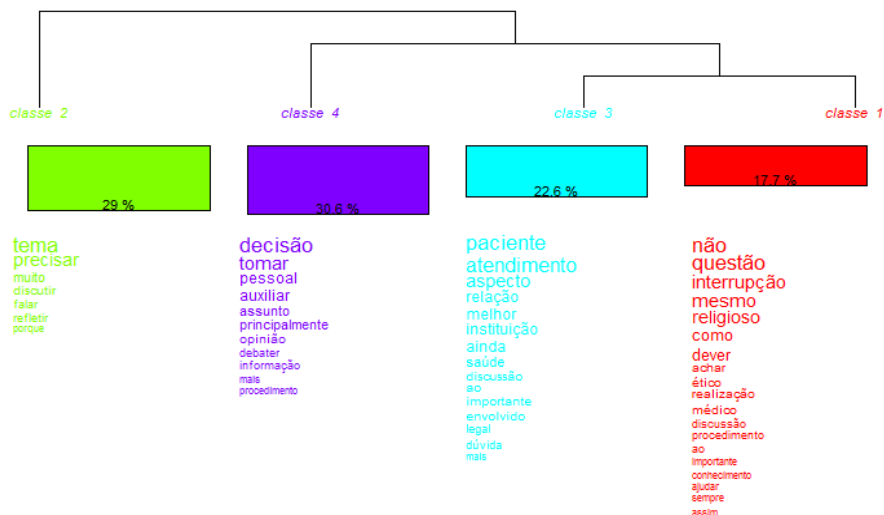


Figura 02. Dendograma. Fonte: instrumento de coleta de dados.

Observamos na figura acima CHD do *corpus* originou quatro Classes. Identificamos que o *corpus* foi dividido em dois *subcorpora* que por sua vez se subdividiram originando três classes. A partição do primeiro *subcorpora* transcorreu da seguinte forma: 1º a Classe 1 surgiu, 2º agrupando-se a frequência da Classe 3, 3º as Classes 1 e 3 determinaram a frequência da Classe 4, 4º ao determinar as Unidades de Contexto Elementares (UCE), de maior ênfase surgiu a Classe 2 produto final da análise dos discursos, registramos o número de UCE, suas variáveis, número de palavras com suas frequências assim como o número de qui-quadrado, nas seguintes meta-dados: Classe 1: frequência 11/62 e χ^2 17,74%; Classe 2: frequência 18/62 e χ^2 29,03%; Classe 3: frequência 14/62 e χ^2 22,58% e Classe 4: frequência 19/62 e χ^2 30,65%.

Podemos então atribuir que há uma necessidade real e pulsante dos médicos conseguirem um espaço de discussão, pois apesar de já existir

a Resolução do Conselho Regional de Medicina que esclarece e normatiza a condução do processo, ainda persistem dúvidas, incertezas e conflitos sobre a temática. Urge então instituímos espaços de discussão – Comissões de Bioética – nestas Maternidades. Com exceção da Maternidade A, as demais não possuem este nicho potente de reflexão e quiçá de tomada de decisão.

Dentro destes momentos de coleta de dados era muito evidente a angustia dos médicos sobre o *modus operandi* com relação à interrupção da gestação em casos de anencefalia, ocorriam várias perguntas, tais como: onde relato que a mulher deseja? Onde os médicos ultrassonografistas realizam seu parecer? Em caso de objeção de consciência, onde devo descrever isso? É necessário explicar o motivo de minha objeção de consciência? Mulheres, consideradas menor de idade, podem optar pela interrupção da gestação? Os pais da menor optam por ela, onde fica a autonomia da mulher então?

Para tanto aproveitávamos o espaço que era aberto pelos próprios participantes e esclarecíamos os pontos, demonstrando o que já existe de estado da arte sobre o tema e as formalizações legais para que isso acontecesse. Em se tratando de um objeto de extremo valor a nossa população estudada descreveremos neste estudo o que é referente à resposta a suas dúvidas. Sendo assim esclarecemos – pautados no manual de normas técnicas para este fim – que, quando a mulher optar por interromper a gestação, antes da internação para a antecipação terapêutica do parto, ela deverá assinar o consentimento informado. É de extremo valor o consentimento da mulher para realizar a interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, tanto que a mesma deverá deixar a sua exposição de motivos e o requerimento em um documento próprio da Instituição de Saúde. Logo, após será confeccionada uma ata de interrupção da gestação/antecipação

terapêutica do parto em situação de gravidez com anencefalia. Este documento deverá ser lido com a mulher e as orientações, mesmo que tenham sido fornecidas em momento anterior, devem ser ofertadas neste segundo momento. Quando no ato do diagnóstico da anencefalia, o médico ultrassonografista:

[...] deverá realizar o parecer da ultrassonografia comprovando o diagnóstico: no momento de notificar o diagnóstico de anencefalia, o profissional deve fazê-lo cuidadosamente com informações precisas, evitando que a mulher se sinta culpada pela malformação. A mulher deve ser orientada da possibilidade de manter, interromper a gestação ou antecipar terapeuticamente o parto. No primeiro caso, ela deverá ser encaminhada para um serviço de referência para gestação de alto risco. Nos mesmos termos da Resolução nº 1.989, de 14 de maio de 2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), o diagnóstico da anencefalia poderá ser realizado por um médico, mas, para a interrupção da gestação, embora baste um único laudo de ultrassonografia, este deve ser assinado por dois médicos. A segunda assinatura poderá ser aposta ao laudo ultrassonográfico por médico do serviço que realizará a interrupção da gravidez. Não poderá ser exigido o segundo laudo ultrassonográfico. Caso seja vontade da gestante, esta poderá solicitar o segundo exame ultrassonográfico.⁴¹

No que tange a objeção de consciência a mesma está assegurada ao médico, além de estar salvaguardada no artigo 5º, VI da Constituição Federal/1988. Também encontra albergue no artigo 28 do Código de Ética Médica, o médico tem o direito de “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. E o Código de Ética Médica nos capítulos I e VII, garantem ao médico o exercício de sua profissão com autonomia, “não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje”. Porém, descrever os motivos que o levam a fazê-lo se faz necessário em documento oficial da Instituição, pois poderá ser um dos motivos dos quais não cabe objeção de consciência,

⁴¹ BRASIL. *Op. Cit.*, 2014, p. 52.

como descreveremos^{42,43}

A objeção de consciência não é amparada, baseada no próprio Código de Ética Médica, capítulos I e VII, onde cita: “em situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”. O Ministério da Saúde, em suas normatizações também orienta – não cabe alegação de objeção de consciência nos seguintes casos: (i) em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; (ii) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico e (iii) no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.^{44,45}

Com relação a idade da mulher, cita o novo Código Civil brasileiro que a mulher com 18 anos de idade ou mais é considerada plenamente capaz de consentir sozinha qualquer procedimento em seu corpo, este código de 2003, estabelece, em seus artigos 3º, 4º, 5º, 1.631, 1.690, 1.728 e 1.767, que:

A partir dos 16 anos e antes dos 18 anos, o consentimento da adolescente deve ser assistido pelos pais ou representante legal, que se manifestam e assinam o consentimento conjuntamente. Antes dos 16 anos, a criança ou a adolescente ⁴⁶deve ser representada pelos pais, que se manifestam e assinam o termo de consentimento por ela. O consentimento do representante legal também se faz necessário em situações em que a mulher, em qualquer idade, não possa expressar sua vontade ou não tenha condições de discernimento, a exemplo das doentes mentais graves. Quando houver conflito de interesses, a vontade da adolescente deve ser respeitada.⁴⁷

Desta feita, esperamos ter demonstrado de forma breve, um pouco

⁴² BRASIL. *Op. Cit.*, 1988.

⁴³ Conselho Federal de Medicina, *Op. Cit.*, 2009;

⁴⁴ BRASIL. *Ibid.*, 1988.

⁴⁵ Conselho Federal de Medicina, *Ibid.*, 2009;

⁴⁶ Estatuto da Criança e do Adolescente: a) considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

⁴⁷ CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. **Lei 10.406**, 10.01.2002. 3ª edição. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2003. 831p.

do que foi a riqueza dos encontros com os médicos para coleta de dados, tal ação se tornava um momento de potente reflexão e construção de conhecimento coletivo. De uma forma profícua se multiplicaram nestas quatro Maternidades, as informações entre os médicos. A cada ida ao cenário, já íamos munidos de informações e materiais para retirada de dúvidas e (re)construção de posicionamentos a partir do que era desvelado em cada encontro. Percebíamos que tal atitude estava se tornando um desdobramento da pesquisa, contribuindo com o universo de profissionais – que como citamos – estava ávido por informações. Após a coleta de dados sempre ficávamos um tempo com e à disposição da pessoa, assim conseguimos perceber que muito se transmitiu em termos de informações desde 2012 – quando da aprovação da interrupção da gestação em casos de anencefalia – mas pouco os profissionais conseguiram captar para fazer com que aquela informação se tornasse significativa no seu cotidiano e reconfigurasse a sua prática.

Há que se estar atento com a fronteira do cuidado, pois ela é a ponte, por onde cinquenta por cento caminha o profissional (o médico no caso desta pesquisa), e a outra metade precisa caminhar a mulher que deseja o procedimento. As ferramentas já foram oferecidas para se realizar a manutenção e (re)construção desta ponte, mas precisamos aprender a caminhar e construir o itinerário para o encontro.

Considerações finais

Almeja-se que através da captação e análise dos dados ao longo da pesquisa e das considerações emitidas as quais foram possibilitadas, confrontando-se os dados primários com os resultados da análise triangulada com relação às práticas de cuidado produzidas pelos médicos à mulher que opta pela interrupção da gestação em casos de anencefalia –

somado a outros estudos e pesquisas sobre o tema que aqui foram citados – se dê maior relevância para a compreensão mais clara acerca do que efetivamente está em jogo, o cuidado ao humano, o respeito à autonomia do profissional e da mulher, o acesso aos serviços e a possibilidade de capilarizar a informação para que realmente chegue a quem possa agir.

Observamos que (i) a ausência de um espaço de discussão entre os médicos em seus ambientes de trabalho com relação às questões bioéticas voltadas a interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia – não favorece a construção de argumentação bioética sobre a temática, o que dificulta à tomada de decisão e o acolhimento à mulher quando ocorre este encontro na fronteira do cuidado. Apesar dos resultados numéricos indicarem que o atendimento está sendo realizado, pensamos que o profissional médico precisa ser resguardado pela gestão da Instituição, pela gestão de saúde nas três esferas em termo de qualificar mais Maternidades, ampliando e melhorando assim o acesso das mulheres que desejam este procedimento – cuidar das informações, das atualizações, avaliar a qualidade e segurança do cuidado prestado à mulher nestes casos, encorpar as equipes tornando-as multiprofissionais para este fim – o médico está muito só – está solicitando outras competências profissionais. Apontamos que a fronteira precisa ganhar reforços estratégicos de ação, ou o encontro ao invés de suportivo, acolhedor, aconselhador e com a compaixão laica necessária, será totalmente o oposto tornando-se culpabilizante e agressor – uma fronteira de (des)cuidado.

Consideramos também que existe uma diferença na tomada de decisão médica entre (i) os médicos que emitem o parecer de anencefalia baseados no exame de imagem – ultrassonografia e (ii) os médicos que atendem a mulher diretamente para realizar o procedimento. Entretanto ambos padecem de conflitos religiosos como já demonstrado, o que

também dificulta a tomada de decisão e o acolhimento à mulher quando ocorre este encontro na fronteira do cuidado.

O cuidado se traduz nas particularidades do ser humano, logo, refletir nas questões bioéticas sobre o cotidiano na fronteira do cuidado é essencial para uma atitude ética e humanística, configurando-se assim uma potente ferramenta cognitiva para amenizar ou quiçá vencer os conflitos éticos e morais vivenciados pelos médicos nestas situações.

A INDICAÇÃO DA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM FIM DE VIDA: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Fabíola Alves Alcântara

Introdução

O envelhecimento da população tem permitido a emergência de um cenário marcado pelo adoecimento por enfermidades crônicas não transmissíveis devido, o qual se inscreve no fenômeno de transição demográfica observado em diferentes regiões do mundo. Nesse contexto, o processo de morrer se torna, muitas vezes, doloroso e com importante carga de sofrimento. De modo concomitante, os cuidados paliativos vem ganhando bastante visibilidade devido a sua abordagem voltada para o cuidado integral dos doentes.

A abordagem paliativa envolve a promoção da qualidade de vida dos indivíduos que possuem uma doença ameaçadora da vida e de seus familiares, preocupando-se de forma integral com as particularidades biopsicossocial de cada doente. Pensando nesse eixo biopsicossocial que as equipes multiprofissionais atuam muitas vezes de forma integrada para garantir e/ou minimizar o sofrimento do indivíduo.

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas

de natureza física, psicossocial e espiritual.¹

A Organização Mundial de Saúde orienta a instituição dos cuidados paliativos desde o diagnóstico de uma doença que tenha possibilidade de extinguir a vida, mas essa instituição a depender do quadro atual do paciente, pode ocorrer de forma gradual, acompanhando a evolução da doença.

Quando a doença avança consideravelmente e o fim está próximo, falar de morte não significa necessariamente que o passamento irá ocorrer nas horas ou nos dias seguintes, mas que a vida está sendo degradada significativamente. Com isso, o aparecimento de sintomas desconfortantes torna-se algo rotineiro, fazendo-se necessária uma atuação paliativa intensiva com objetivo de confortar o doente e seus familiares, visto que, esse tipo de cuidado também engloba o apoio familiar.

Como parte fundamental para o cuidado integral, preconizado na abordagem paliativa, a equipe multiprofissional tem grande importância na assistência desses pacientes. Uma equipe integrada tende a conduzir, de forma prudente, as demandas físicas, sociais, espirituais e psicológicas de cada doente.

A abordagem paliativa demanda uma complexidade por buscar compreender todos os aspectos do paciente e de sua família. Deve-se eleger uma equipe multiprofissional, formada por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual para acompanhar e ajudar com as necessidades individuais².

¹ WHO, World Health Organization. **Cancer. Palliative Care.** Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>.

² CARDOSO, D. H. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 134-141, Dec. 2013.

Equipe multiprofissional deve estar apta para atender a suas necessidades (do paciente) de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevida digna e controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo este ser e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer³.

Por consequência dessa complexidade os profissionais precisam estar preparados para decidir pelo uso ou não de uma determinada técnica pois muitas vezes a tomada de decisão no contexto paliativo envolvem questões tanto técnicas quanto bioéticas.

A tomada de decisão requer o reconhecimento da necessidade de tomar uma decisão (o estímulo para a ação) a fim de atingir ou alcançar um resultado desejado. Na área da saúde, o estímulo para ação pode ser um sintoma, como dor no peito ou a necessidade de escolher entre opções terapêuticas para doenças que podem ser agudas ou crônicas, leves ou ameaçadoras de vida⁴

O fisioterapeuta em sua prática clínica frequentemente vivencia questões relacionadas a tomada de decisão porém quando frente a pacientes em cuidados paliativos outros fatores são associados aos questionamentos, com isso percebe-se a importância de ter profissionais capacitados de forma técnico-científica e embasados eticamente para correlacionar todos os elementos envolvidos. Os fisioterapeutas quando frente a processos de finitude tendem a tomar decisões baseadas no respeito a autonomia e prezam por não realizar condutas que causem algum tipo de mal ao paciente.

Como profissional voltado a funcionalidade dos indivíduos, o fisioterapeuta que atua em cuidados paliativos vivencia demandas direcionadas as questões físicas e respiratórias dos pacientes, como indagações em relação ao retorno à deambulação, movimentação ativa de

³ *Ibid.*, p. 140.

⁴ NOONE, J. Concept analysis of decision making. **Nursing Forum**, v. 37, n. 3, p. 21-32, 2002, p. 30.

membros, realização de procedimentos invasivos (aspiração de vias aéreas), instituição de equipamentos para auxiliar na função pulmonar, entre outros.

Na prática clínica do fisioterapeuta, decidir por alguma conduta é algo rotineiro, quando essa vivência está inserida dentro dos cuidados paliativos, com seus princípios e formas de cuidado bem estabelecidas, as decisões tornam-se um pouco mais complexas. Muitas vezes o doente pode encontrar-se com sintomas mais exacerbados, como a dispneia ou falta de ar e desta forma o fisioterapeuta pode vir a utilizar a ventilação não invasiva como um recurso terapêutico mas talvez possa confrontar diretamente com a filosofia estabelecida dentro do cuidado paliativo.

Em vista disso, pretende-se descrever os fatores bioéticos que podem influenciar na tomada de decisão do fisioterapeuta quanto a indicação da ventilação não invasiva em pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura.

A dispneia em fim de vida

A Sociedade Torácica Americana definiu, em 1999, a dispneia como:

Uma experiência subjetiva de desconforto respiratório que consiste em sensações qualitativamente distintas que variam em intensidade. A experiência deriva de interações entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, e pode induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias.⁵

É sabido que pacientes que se encontram em fim de vida

⁵ American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 159, p. 322, 1999.

apresentam sinais e sintomas como a dor, a fadiga, o *delirium*, as náuseas e os vômitos, o desconforto respiratório / falta de ar e a tosse, além de outras manifestações clínicas⁶. A dor é a principal queixa desses doentes, gerando bastante incômodo e aflição quando não controlada, entretanto, sintomas respiratórios, principalmente a dispneia ou falta de ar tem causado vários conflitos para a realização desse cuidado.

O tratamento das queixas respiratórias em pacientes sob cuidados paliativos demanda entendimento acerca do diagnóstico e apresentações clínicas, controle da sintomatologia (dispneia ou falta de ar, tosse ou hipersecreção das vias aéreas) e os fatores emocionais que envolvem a tríade paciente-equipe-família, diante desses aspectos, demonstra o quão complexo é o manejo desse sintoma⁷.

A dispneia promove sensação de falta de ar podendo estar relacionada ou não a hipóxia, impacta psicologicamente e tem alta prevalência em pacientes sob cuidados paliativos, aparecendo com maior intensidade em processos finais de vida⁸. Por tratar-se de um sintoma subjetivo nem sempre tem proporções a reproduzir clinicamente o desconforto respiratório, que para ser avaliado pela equipe, precisa estar associado a informações práticas e diretas (hipoxemia, taquipneia, utilização da musculatura acessória da respiração)⁹.

A dispneia nunca está sozinha pois quando se investiga as causas da falta de ar percebe-se uma correlação com a evolução da doença e

⁶ ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

⁷ CARVALHO, R. T. **Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas**. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p 151-167.

⁸ BC. **Inter-professional palliative symptom management guidelines**. Dyspnea. BC Centre for Palliative Care, 6 edition, 2019, p. 300-601.

⁹ KRETZER, L. P. **Cuidados Paliativos – Identificação e Controle dos Sintomas**. IN: MORITZ, R. D. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo, Atheneu, 2012.

ansiedade, e outras vezes, também pode estar relacionada com aspectos algícos mal controlados. Mas se pensarmos que a ansiedade, dor e a própria dispneia podemos controlar com fármacos, por que acessórios extras?

O uso de opióides colabora efetivamente para o manejo sintomático da dispneia promovendo uma diminuição na sensação de falta de ar e os ansiolíticos geralmente são associados para reduzir o quadro de ansiedade¹⁰.

Muitos sintomas podem ser controlados por fármacos. Todavia, a dispneia, por possuir uma variabilidade de fatores envolvidos, dificilmente a terapia farmacológica será utilizada sozinha, e sim, associada a outra terapia, mas comumente a oxigenioterapia (mesmo que sua utilização seja apenas para “acalmar” o doente enquanto a medicação faz efeito). O uso do oxigênio pode ser administrado por cateter nasal ou máscara facial, vai depender da avaliação e da resposta do paciente após sua administração.

Em relação a oxigenioterapia orientam seu uso se a dispneia for de origem hipoxêmica, caso o paciente seja portador de doença pulmonar obstrutiva crônica e já tenha feito uso anteriormente ou para alimentação e esforços físicos em curtos períodos, caso contrário, não há evidências de seu benefício¹¹. De acordo com a Sociedade Europeia de Medicina Oncológica encontram-se poucas evidências científicas relacionadas ao tratamento não farmacológico da dispneia mas tornar o ambiente arejado, posicionar-se mais elevado, resfriar o rosto com ventiladores, exercícios respiratórios e deambulação são medidas que podem colaborar para o controle do sintoma¹².

¹⁰ PINTO, T. C. **Sintomas Respiratórios**. In: MARTINS, MA. Manual do Residente de Clínica Médica. 2ª ed. Manole, 2017.

¹¹ KLOKE, M. *et al.* **Treatment of dyspnea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines**. Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v169–v173, 2015.

¹² *Ibid.*, p. 169-170.

Dentre a equipe de saúde o fisioterapeuta é o profissional que mais atua nas disfunções respiratórias dos pacientes, não é o único, mas é aquele que vem se tornando peça fundamental no manejo dos sintomas respiratórios. Como parte integrante do cuidado, o fisioterapeuta, segundo o *Oxford Textbook of Palliative Medicine*¹³ tem como papel “avaliar as necessidades físicas do paciente, controle de sintomas respiratórios, algícos e manejo do linfedema, além da manutenção da função física e reabilitação, considerando as necessidades psicológicas, emocionais e sociais”.

Desde 1960 que a fisioterapia estava envolvida nos cuidados paliativos porém somente os pacientes oncológicos que recebiam esses cuidados¹⁴. A instituição da fisioterapia enquanto atividade profissional no Brasil foi regulamentada por meio do Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969¹⁵. Em 2013, o COFFITO através da Resolução nº 424, instituiu o seu código de ética e deontologia. Dentre os seus artigos, elencou que:

Artigo 4º – O fisioterapeuta presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da sua saúde e cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil¹⁶.

O fisioterapeuta tem atuado em diversos meios assistenciais,

¹³ ROBINSON, D; ENGLISH, A. **Physiotherapy in Palliative Care**. In HANKS, Geoffrey et al. *Oxford textbook of palliative medicine*, 4rd. New York: Oxford University Press; 2010. p. 227-233.

¹⁴ LAAKSON, L. The role of physiotherapy in palliative care. **Australian Family Physician**, v. 35, n. 10, 2006.

¹⁵ BRASIL. **Decreto-Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, 14/10/1969, p 8658.

¹⁶ COFFITO. **Resolução 424 de 8 de julho de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União, seção 1, 01/08/2013, nº 147.

principalmente quando se trata de doenças crônicas e sem possibilidades curativas. Tendencialmente, assiste os pacientes até seus momentos finais. É fundamental ter habilidades técnicas e éticas para atuar em processos de finitude, disponibilizando aparatos para minimizar as angustias físicas, psíquicas e sociais, com isso, auxiliando na promoção da autonomia e independência¹⁷.

Como profissional integrante de uma equipe multiprofissional, o fisioterapeuta que atua em cuidados paliativos, deve realizar uma avaliação especializada para delimitar um programa terapêutico específico, empregando recursos, técnicas e exercícios para buscar reduzir sintomas e alívio do sofrimento. Promove a manutenção da funcionalidade, colaborando para melhora na qualidade de vida do paciente e de seus familiares¹⁸.

Indicação da ventilação não invasiva em fim de vida

Muitos são os recursos terapêuticos a serviço dos cuidados paliativos, porém, quando fala-se em controle de sintomas respiratórios, a dispneia vem a ser o principal sintoma referido pelos pacientes. O fisioterapeuta dispõe de diversos recursos para colaborar no controle desse sintoma, desde técnicas que promovam relaxamento, desobstrução de vias aéreas até o uso de equipamentos específicos para minimizar o quadro de falta de ar.

Em relação aos equipamentos utilizados para auxiliar no controle da dispneia, a ventilação não invasiva tornou-se um recurso bastante

¹⁷ MARCUCCI, F. C. I; SILVA, D. W. Morte E Cuidados Paliativos No Contexto Da Fisioterapia: Conceitos Fundamentais. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 7, n. 13, p. e071309, 2020.

¹⁸ ANDRADE, B. A.; SERA, C. T. N.; YASUKAWA, S. A. **O papel do fisioterapeuta na equipe**. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p 353-357.

utilizado na prática clínica, principalmente do fisioterapeuta e tem sua aplicabilidade com fortes evidências na literatura para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e edema pulmonar cardiogênico e quanto ao uso em pacientes em fim de vida, ainda é controverso.

A ventilação não invasiva consiste na utilização de um suporte respiratório sem aparatos invasivos na via aérea do indivíduo. Sua aplicação foi iniciada a partir da epidemia de poliomielite entre 1930 a 1950 pelo uso da ventilação por pressões negativas. A inspiração era representada de forma ativa por uma pressão externa exercida sob o tórax e a expiração acontecia de forma passiva. A evolução para pressões positivas ocorreu em 1940 e 1950 mas sua ascensão se deu por volta dos anos 1980 com a utilização do CPAP como recurso terapêutico para a síndrome de apneia obstrutiva do sono¹⁹.

Pode ser ofertada por meio de ventiladores específicos ou por ventiladores mecânicos invasivos. Em relação aos ventiladores específicos a via de oferta de ar ocorre através de interfaces faciais ou nasais que recebem o fluxo de ar por um único circuito. O ventilador pode ser programado para oferecer pressão positiva contínua nas vias aéreas (mais conhecido como modo CPAP) ou por disponibilizar duas pressões, uma durante a inspiração e a outra, na expiração, chamado de BIPAP, podendo também ser conectado ao oxigênio²⁰.

A tríade relacionada à adequada indicação do recurso, à escolha da interface e ao modo ventilatório a ser utilizado, tem grande importância para o sucesso da terapia. Mesmo sendo recomendada para diversas situações clínicas, a indicação deve ser bastante criteriosa. As interfaces são de grande importância para o conforto e tolerância dos pacientes

¹⁹ FERREIRA, S. *et al.* Ventilação não invasiva. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 15, n. 4, p. 655-667, 2009.

²⁰ *Ibid.*, p. 656.

quando submetidos a ventilação não invasiva.

Quanto aos tipos de interfaces utilizadas tem a nasal que possibilita expectoração, alimentação e fala, baixo risco de aspiração e menor sensação claustrofóbica; a interface facial possui pouco vazamento oral e segue mais recomendada para condições agudas; a Total-face promove mais conforto por mais tempo, ajuste simples, lesiona menos a pele e quase nenhum vazamento; o capacete também oferece conforto por uso prolongado e não ocasiona lesão cutânea facial²¹.

Aspectos éticos e a ventilação não invasiva

Ética, expressão de origem grega entendida como interioridade do ato é, na concepção de Aurélio, feminino substantivado derivado do adjetivo ético, aplicada no estudo dos juízos de apreciação que se refere à conduta humana susceptível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativo a determinada sociedade, seja de modo absoluto para qualquer tempo e lugar, quer para grupo e/ou pessoa²².

O debate ético se faz importante e necessário para a condução do problema em termos do cuidado aos enfermos. Nos pacientes em fim de vida, além das considerações descritas anteriormente, questões éticas também precisam ser consideradas para a indicação da ventilação não invasiva:

a) *Reversibilidade do sintoma*: a indicação da ventilação não invasiva deverá ocorrer se o sintoma for reversível, ou seja, um paciente tem câncer de pulmão metastático, está em final de vida, apresenta dispneia por derrame pleural bilateral de repetição, devo utilizar a ventilação não invasiva nesse paciente? O uso vai conseguir reverter o quadro de falta de

²¹ DIRETRIZES BRASILEIRAS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA, 2013. Organizadores: Carmem Sílvia Valente Barbas, Alexandre Marini Isola, Augusto Manoel de Carvalho Farias., 2013.

²² REZENDE, M. B. Ética e moral. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 3, p. 5, 2006.

ar? Estou a utilizar um recurso útil? Não irei prolongar o processo de morrer do meu paciente?

b) *Conforto do paciente*: o pensar em conforto recorda-se ao que preconiza os cuidados paliativos, promover qualidade de vida até os seus últimos momentos. Se retomamos o exemplo anterior, poderíamos nos indagar se caso indique a ventilação não invasiva, melhorarei o desconforto respiratório ou posso promover mais desconforto? Estou a causar mais benefícios ou malefícios para o meu paciente?

c) *Distanciamento dos entes queridos*: pacientes em fim de vida, na maioria das vezes, preferem estar acompanhados por amigos e familiares, no intuito de sentir-se amparados, queridos e importantes. Nesse momento, se instalo um aparelho que impeça comunicação e proximidade com as pessoas amadas, estou cuidando integralmente do meu paciente e seus familiares? Ou sou estou preocupado com a falta de ar? Será que a instalação poderia ocorrer em um outro momento? Só esse recurso poderia ser utilizado?

d) *Autonomia do paciente*: respeitar a vontade do doente é um ponto muito importante dentro dos cuidados paliativos, o doente precisa fazer parte do seu cuidado e decidir junto à equipe. Se caso o paciente não consiga expressar seu desejo naquele momento, posso levar em consideração o seu desejo expresso anteriormente através de suas diretivas antecipadas de vontade, caso existam? E o desejo da família, também vale como requisito indicativo da ventilação não invasiva?

As preocupações vivenciadas quanto a indicação da ventilação não invasiva como recurso terapêutico para minimizar o desconforto respiratório dos pacientes em fim de vida devem ser abordadas em termos técnicos e éticos, os quais permitem a melhor condução dos processos de finitude como a promoção de ações que podem ser pensadas a partir dos seguintes conceitos: *futilidade terapêutica*, *ortotanásia*, *distanásia*, *eutanasia* e

recusa de tratamento.

A futilidade terapêutica caracteriza-se pela realização de procedimentos terapêuticos ineficazes em que sua indicação não irá causar nenhum tipo de benefício ao paciente e talvez podendo ocasionar algum mal.

A futilidade deve ser definida em função da relação existente entre tratamento, terapêutica e cuidado. Um tratamento é considerado fútil quando não tem boa probabilidade de ter valor terapêutico, isto é, quando agrega riscos crescentes sem um benefício associado²³.

Em relação à ortotanásia configura-se como a suspensão médica de atos de prolongamento de vida cujo objetivo esteja sustentado no tratamento inútil e sofrimento descabido, com isso, deve se utilizar dos cuidados paliativos para ofertar cuidados que promovam uma morte digna²⁴.

Ortotanásia deve ser compreendida como uma atitude entre eutanásia e distanásia, que asseguraria uma morte digna, sem abreviações e sofrimentos adicionais, por vezes associada à oferta de cuidados paliativos²⁵.

A distanásia compreende em não realizar ações que possam postergar a vida à qualquer custo. Deixar o paciente na ventilação não invasiva sem objetivos terapêuticos e com isso sustentar sua vida prologando o sofrimento, podemos considerar essa atitude como distanásia.

²³ GOLDIM, J. R. **Futilidade**. 2000. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/futilida.htm>>.

²⁴ SANTORO, L. F. **A necessidade de uma correta definição. Ortotanásia**. In: Santoro, L.F. Morte digna: o direito do paciente terminal. Curitiba, Juruá, 2010, p. 107-140.

²⁵ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. A bioética, o início e o fim da vida: o aborto e a eutanásia. IN: REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética para profissionais de saúde. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

Distanásia é a agonia prolongada, é a morte com sofrimento físico ou psicológico do indivíduo lúcido. Deve ser entendida como a manutenção obstinada, precária e inútil de um paciente que vive exclusivamente às custas de meios artificiais, capazes de prolongar o mecanismo da morte²⁶.

No Brasil, configura-se crime realizar a eutanásia em pacientes, para alguns autores, seria a antecipação da morte e abreviação da vida enquanto para outros, uma morte sem dor e sofrimento. A eutanásia pode ser classificada de acordo com o método de ação (ativa, passiva e duplo-efeito) ou consentimento do doente (voluntária, involuntária e não voluntária)²⁷.

O termo Eutanásia vem do grego, podendo ser traduzido como "boa morte" ou "morte apropriada". De maneira geral, entende-se por eutanásia quando uma pessoa causa deliberadamente a morte de outra que está mais fraca, debilitada ou em sofrimento. Neste último caso, a eutanásia seria justificada como uma forma de evitar um sofrimento acarretado por um longo período de doença²⁸.

Quanto a recusa terapêutica, o paciente discorda do tratamento que está sendo proposto e diz não para seu início ou continuidade. É um direito reconhecido pelo Código Civil brasileiro e essa decisão está carregada de valores; com efeito, desrespeitar tal posicionamento, talvez, ocasione mais danos do que sua própria doença²⁹.

A recusa do tratamento pode ser feita em várias fases do desenvolvimento de uma doença, desde o início, quando constata-se uma enfermidade e o

²⁶ MERLO, L. S. Distanásia: manter a morte ou buscar uma nova vida. **Revista do Curso de Direito da FSG Caxias do Sul**, v. 3, n. 6, p. 139-152, 2009.

²⁷ SIQUEIRA-BASTISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 211, p. 111-119, 2005.

²⁸ GOLDIM, J. R. **Eutanásia**. 2004. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/eutanasi.htm>>.

²⁹ DADALTO, L.; PIMENTEL, W. Direito à recusa de tratamento: Análise da sentença proferida nos autos nº 201700242266 – TJGO. **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, v. 15, p. 159-175, 2018.

paciente se recusa a iniciar o tratamento, até a desistência deste³⁰.

Nos cuidados paliativos, a autonomia da pessoa representa um eixo de grande importância para o cuidado, influenciando nos processos de tomada de decisão. Respeitar a autonomia do indivíduo no campo da saúde pressupõe que nenhum procedimento ou intervenção poderá ser realizada em seu corpo sem seu consentimento prévio³¹. O consentimento é utilizado como manifestação tácita da autonomia em questões relacionadas ao processo de decisão em saúde³².

Conclusão

Os cuidados paliativos representam um novo formato de amparo às necessidades de saúde das pessoas, prezando pela integralidade do indivíduo e buscando minimizar, globalmente, os sinais e os sintomas desagradáveis experimentados ao longo da doença. Na abordagem paliativa preconiza-se a qualidade de vida, o bem-estar de quem está sendo paliado, buscando-se que a morte do paciente aconteça com o mínimo de sofrimento, de forma digna. A autodeterminação do doente deve ser respeitada pois envolve aspectos individuais de cuidado com o seu corpo.

A dispneia é uma das queixas mais vivenciadas por esses pacientes, devido muitas vezes, sua origem estar relacionada a múltiplos fatores. Para controlar a dispneia utiliza-se o tratamento farmacológico e/ou não farmacológico, a depender de cada caso, entretanto, a utilização da ventilação não invasiva tem gerado algumas discussões bioéticas quanto a sua indicação nesse perfil de pacientes. Nesse âmbito, em respeito à

³⁰ MEIRELLES, A. T.; FERNANDES, L. A recusa a tratamento médico por convicção religiosa e a teoria do menor maduro: Uma análise à luz do sistema jurídico brasileiro. **Revista Científica da FASETE**, p. 111, 2019.

³¹ BETIOLI, A. B. **Bioética, a ética da vida**. São Paulo, LTr, 2013.

³² DADALTO, L.; PIMENTEL, W. *Op cit.*, p. 164.

aplicabilidade da ventilação não invasiva, prima-se pela não realização da conduta em casos de irreversibilidade do sintoma e/ou futilidade terapêutica, de acordo com a vontade do enfermo.

A dificuldade para a indicação da ventilação não invasiva em pacientes sob processos de finitude reconhece a existência de uma linha tênue entre realizar ações que possam postergar a vida a todo custo levando a um passamento sofrido e a não realização de condutas as quais possam abreviar o processo de morrer, demonstrando a importância de tomadas de decisão do fisioterapeuta diante desse cenário.

EDUCAÇÃO, SOCIALIZAÇÃO E NEUROENHANCEMENT: CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS PARA O NEUROAPRIMORAMENTO MORAL

Roberta Lemos dos Santos

Temos experimentado um avanço neurotecnológico significativos com a promessa de otimizar o funcionamento cognitivo e moral do ser humano. Esses avanços têm sido apresentados em diversas formas de aplicação no humano, seja através de medicamentos, seja através da estimulação magnética transcraniana, estimulação cerebral através da nanotecnologia ou até mesmo, através da engenharia genética.

Seus potenciais usos benéficos e riscos, bem como o uso abusivo dessas intervenções, vêm sendo analisados pela neuroética, embora esse debate ainda seja incipiente na América Latina. Considerando que esse debate está mais desenvolvido nos países economicamente mais desenvolvidos, é urgente ampliarmos este debate em nossa região pelas possíveis consequências socioculturais que intervenções deste tipo podem vir a ter em nossa população. O presente texto trata-se de uma reflexão centrada na proposta do aprimoramento moral biotecnológica em contraponto com a educação e socialização como instrumento de aprimoramento moral, bem como suas repercussões na América Latina.

Com o objetivo de melhoramento cognitivo, quando não há doenças de base instaladas, a intervenção medicamentosa já vem sendo amplamente utilizada por adultos e jovens na América do Norte, Europa e Reino Unido para a melhora no desempenho nos estudos e reuniões importantes de trabalho, nos grupos economicamente e

educacionalmente mais privilegiados¹ ou ainda, utilizado no esporte ou em apresentações artísticas para melhorar o desempenho e performance². A utilização deste tipo de intervenção também tem suas implicações éticas e morais que necessitam de análise, porém, não daremos ênfase a este tipo de aprimoramento neste documento.

Neuroenhancement

O *neuroenhancement* é um termo genérico que significa uma espécie de melhoria ou aprimoramento, ou realce, ou reforço da funcionalidade cognitiva, afetiva ou motora, não há um consenso de qual palavra correspondente deva ser utilizada no português. Ele caracteriza uma intervenção que “acentua uma habilidade ou característica que os seres humanos possuem ou, mais radicalmente, que produz uma nova [habilidade]”³. Essas intervenções não médicas compreendem três grandes esferas, são elas: cognitiva, comportamental e moral. Esses debates já estão ganhando a mídia popular que serve como coadjuvante aos pesquisadores que desejam que esses veículos auxiliem toda a sociedade envolvida a aceitar os benefícios de tais intervenções. O que reafirma uma demanda artificial fomentada por empresas e/ou pesquisadores que não refletem a real necessidade da população.

Uma demonstração disso pode ser vista no jornal “Le Monde Diplomatique” que apresentou, em setembro de 2014 e em agosto de 2018, dois artigos que abordavam assuntos sobre a utilização de novas tecnologias; aprimoramento humano e moral respectivamente nas

¹ SINGH, I.; KELLEHER, K. J. Neuroenhancement in young people: Proposal for research, policy, and clinical management. **Ajob Neuroscience**, v. 1, n. 1, 3-16, 2010.

² DOUGLAS, T. Moral enhancement. **Journal of applied philosophy**, v. 25, n. 3, 228-245, 2008.

³ KOTTOW, M. Bioética y realce moral biotécnico. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 31-38, 2018.

matérias intituladas: “*Le cerveau ne pense pas tout seul*” – em tradução livre: O cérebro não pensa sozinho, de Vivicorsi et al.⁴ – e o segundo intitulado como “O mito do transumanismo escrito” por Renouard e Perragin⁵.

No primeiro artigo⁵, os autores Clément, Guillaume, Tiberghien e Vivicorsi questionam a utilização de novas tecnologias com a fantasia de encontrar a explicação para pobreza, no fracasso escolar e tantas outras coisas, com a observação cerebral. Eles confrontam ainda outros autores que afirmam que imagens cerebrais podem ler nossas mentes ou prever nossas habilidades pessoais ou ainda revelar nossa personalidade, com a milionária indústria de neuroimagem que se baseia em três grandes empresas.

No artigo de 2018⁶, os autores Renouard e Perragin abordam a questão da inteligência artificial e as próteses digitais, realçando quem realmente ganha por trás desta grande indústria. Em ambos os artigos podemos ver o desvelamento da máquina industrial capitalista por trás de fomento de pesquisa e grandes ideias que querem ir contra a famosa e catastrófica frase de Stephen Hawking que versava sobre os avanços tecnológicos ao qual fazia uso para sua própria comunicação e afirmava que “...o desenvolvimento indiscriminado de uma inteligência artificial poderia indicar o fim da humanidade”.

Se considerarmos a neuroimagem como uma representação visual de um conjunto de medidas complexas, resultantes de muitas transformações matemáticas, podemos vislumbrar interesses – dito obscuros por Renouard e Perragin (2018)⁶ – destas novas tecnologias com a justificativa de um aprimoramento humano e moral que dissolveria

⁴ VIVICORSI, E. C., Fabrice Guillaume, Guy Tiberghien & Bruno. **Le cerveau ne pense pas tout seul**. Disponível em: <<https://www.monde-diplomatique.fr/2014/09/CLEMENT/50779>>.

⁵ RENOARD, G.; PERRAGIN, C. O mito do transumanismo. **Le Monde Diplomatique**. Disponível em: <<https://diplomatique.org.br/o-mito-do-transumanismo/>>. Acesso em: 01/08/2019.

grandes questões da humanidade. Essa determinação biológica naturaliza demasiadamente a mente, tornando-a tangível e ignorando uma contribuição social, cultural e histórica no desenvolvimento deste indivíduo como membro de uma sociedade.

Aqui, nós daremos ênfase ao *neuroenhancement* com fins não terapêuticos, que somente são aplicáveis em indivíduos saudáveis, porém não abordaremos o debate entre os limites do normal, atípico ou patológico. Apesar desse tipo de melhoramento ainda se encontrar em estágio inicial, no tocante à sua aplicação, as discussões e o debate que giram em torno dele já ganham grandes proporções com explanação de argumentos contrários e a favor de seu uso. Esse realce é difundido como uma atividade não médica envolvendo a farmacologia, biotecnologia e a genética, porém ainda é intimamente ligada a intenções terapêuticas na saúde mental⁴.

Neuroenhancement moral

O conhecimento novo produzido em qualquer âmbito (social, científico, filosófico etc.), traz com ele novas e grandes discussões quanto aos seus objetivos e limites. Na neuroética e mais precisamente com o *neuroenhancement*, as coisas seguiram essa mesma lógica, requerendo o confronto de várias normas, exigências e ciências já estabelecidas para transformá-los em uma coisa efetivamente prática. A melhoria das capacidades humanas de cognição e moralidade é reconhecida como uma aplicação não médica com crescente interferência da neurociência e totalmente emaranhada com as intervenções terapêuticas neurológicas, comportamentais e cognitivas sem distinguir ao certo, o limite entre o típico e atípico ou saúde e doença, onde seus benefícios dependem diretamente dos valores envolvidos.

Até pouco tempo, o avanço das biotecnologias somente produzia discussões éticas e sociais no tocante ao seu uso para amplificar processos cognitivos e a vida. Quando o debate sobre o neuroenhancement iniciou, trouxe à evidência uma gama de opiniões e argumentações éticas na utilização desse tipo de intervenção. Fato é, que uma ponderação sobre esse assunto deve ser feita sobre diversas óticas. E esse debate tomou mais peso quando Persson e Savulescu⁶, apontaram para um perigo iminente, visto que as evoluções biotecnológicas estavam avançando tão rapidamente proporcionando aos seres humanos um ferramentário poderoso para destruição em massa, fixando o debate em necessidades, riscos e benefícios de um melhoramento moral induzido artificialmente.

A profundidade do vale entre os avanços biotecnológicos e a estruturação moral do ser humano apresentada por autores importantes como Savulescu e Persson, trilha um caminho até o melhoramento ou ate mesmo reprogramação de toda a população humana, um melhoramento universal e obrigatório. Isso se faz necessário para alcançar uma moral adequada aos tempos atuais, visto que eles entendem que o processo de maturação cultural e moral atual – que compreende a socialização, a educação, a reflexão ética e bioética, bem como os direitos humanos – não é efetiva, frente aos desafios do futuro e nem mesmo do presente ^{7,8}.

Assim como Rego e Palácios⁹, entendemos a crise como um fato intrínseco da vida tanto social como individual e compreendemos que estamos vivendo uma crise contemporânea de valores e de moral em nossa sociedade ocidental. Nesta mesma vertente e vislumbrando esta

⁶ PERSSON, I.; SAVULESCU, J. Getting moral enhancement right: the desirability of moral bioenhancement. **Bioethics**, v. 27, n. 3, p. 124-131, 2013.

⁷ SAVULESCU, J.; PERSSON, I. Moral enhancement, freedom and the god machine. **The Monist**, v. 95, n. 3, p. 399, 2012.

⁸ PERSSON, I.; SAVULESCU, J. Moral Hard- Wiring and Moral Enhancement. **Bioethics**, v. 31, n. 4, p. 286-295, 2017.

⁹ REGO, S.; PALÁCIOS, M. Ética e democracia em tempos de crise. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 63-73, 2016.

crise moral, as publicações pesquisadas mostraram que o tema é abordado na inferência de que a maioria das pessoas apoiaria e desejaria esse tipo de intervenção. Considerando isso, os autores focam suas discussões, não mais em sua permissividade, mas sim, de que forma aconteceria esse realce moral.

Decolonialidade e suas implicações

Os estudos que compreendem a relação entre ética e educação ou ética e formação profissional (em saúde), no Brasil, ainda são incipientes. A decolonialidade é um termo utilizado principalmente pelo movimento latino americano, que se concentra na compreensão da modernidade no contexto de uma forma de teoria crítica aplicada. Pois, identifica-se uma importação acrítica de visões culturais que compreendem desde hábitos alimentares até o saber, exercendo uma dominação econômica e territorial favorecendo todo o tipo de desigualdades e discriminação onde se faz necessária a decolonialidade. Isso acontece, porque a colonialidade compreende uma única dimensão que foi naturalizada como afirmativa, mas que também foi produzida por processos históricos conturbados, o que desconsidera em todo esse processo, a nossa identidade com latinos americanos^{10,11}.

A colonialidade do saber oriundo do hemisfério norte – e que tem suas benesses, pois, era um saber mais aprimorado que o nosso, em alguns aspectos – necessita também ser criticada. Um passo importante é filtrar o conhecimento que vem da América do Norte e Europa, aproveitando o necessário e deixando de fora o que não nos atende ou que não se adapta

¹⁰ PORTO, D. Bioética na América Latina: desafio ao poder hegemônico. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 213-224, 2014.

¹¹ QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. **CLACSO**, p. 117-142, 2015.

para nós para deixarmos de sermos meros repetidores sem criticar aquilo que nos é imposto. Para assim, renunciarmos ao que há muito se perpetua: o pensamento de Países do Norte dominando o pensamento de Países do Sul. Esse foco nos saberes latino americano não está circunscrito somente a conhecimentos produzidos em uma região específica e localizável do globo terrestre. Mas compreende uma visão a qual o conhecimento não pode estar fundamentado em compreensões particulares, em microcosmos. Não podemos desprezar a história dos colonialismos, bem como todos os processos que os envolvem, seja no âmbito político, econômico, epistêmico e/ou sociorracial¹².

Isso tem um significado especial para nós, latinos americanos, pois se faz urgente à participação ativa em debates éticos sobre o *neuroenhancement* moral. Pode haver consequências importantes na parte sociocultural, ainda mais em sociedades com grandes desigualdades, como é o caso brasileiro. Essas possíveis consequências, que giram em torno de cerceamento e discriminação de acesso a propostas apresentadas pelo *neuroenhancement* moral, ou seja, que tem o intuito de melhorar ou modificar as disposições morais do humano, seja através da medicina, da farmacologia, da genética ou da nanotecnologia. Outro possível problema que identificamos versa sobre essas intervenções e seu poder de alguma forma manipulador, que pode alimentar interesses variados e que nem sempre estão visíveis.

Por isso, se faz necessário o reconhecimento onde todos os indivíduos que são interpelados por situações concretas cotidianamente e que assim, despertam sua sensibilidade moral, possam ser capazes de fazer o exercício ético que contribua com a decolonialidade pós ocidental sobre

¹² OLIVEIRA, M. D. J.; OSMAN, E. M. R. O. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 52-60, 2017.

a vida e a existência, sem impor padrões universais de bem viver às diferentes realidades históricas existentes na Terra¹⁰. Reconhecer a pluralidade e diversidade de saberes é um desafio. Nadar contra a maré dessas narrativas hegemônicas, promove uma melhor visão do todo acompanhada de uma possível resolução de conflitos morais, mais justiça e maior facilidade de acesso à vida boa.

Socialização e educação moral como aprimoramento

Através dos interesses na educação surgem também os interesses no processo de apreensão das sensibilidades e habilidades e da participação da sociedade em todo esse caminho. A Sociologia da Educação é uma área que se debruça sobre essas questões, ou seja, estuda como acontece o convívio entre grupos distintos e a interferência desses grupos com o cerne na educação, promovendo uma consciência social aos indivíduos participantes dessa comunidade escolar. Por isso, o processo educacional não deve ser separado do espaço social onde os estudantes experimentam seu dia a dia, com todas as suas demandas e mazelas, pois sociedade e escola se completam e devem ter interação entre si^{13,14}.

A educação moral é um tema bastante discutido e vem sendo analisado por muitos anos ao longo do pensamento ocidental. Desde Aristóteles que defendia que a virtude moral poderia ser adquirida pelo hábito, até pensadores mais contemporâneos que defendem uma educação moral baseada na reflexão crítica sobre determinado assunto. Èmile Durkeim, escreveu diversos texto que eram destinados a essa

¹³ ROTHBERG, D. Aprender a aprender, educação superior e desenvolvimento moral. **Psicologia USP**, v. 17, n. 2, p. 85-111, 2006.

¹⁴ ALMEIDA, Ana Maria F.; MANRTINS, Heloísa Helena T. de Souza. Sociologia da educação. **Tempo Social**, v. 20, n. 1, p. 9-12, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702008000100001&lng=en&nrm=iso>.

investigação sobre a moralidade e via a sociedade como uma grande entidade moral. Ele parte da ideia de que os fenômenos relacionados com a moral são fundamentados na própria sociedade, sendo responsável pela conservação e soma do legado das gerações seguintes, conectando-as umas com as outras, subordinando os fins individuais aos fins sociais. Para Durkeim, a moral sempre será uma construção social e por isso, não é absoluta, nem eterna, pois a origem é a sociedade o que faz dela orgânica e viva. Ele teve a ideia de trabalhar numa educação moral não mais vinculada a religiosidade, mas baseada em princípios de laicidade e racionalidade^{15,16,17}.

O livro *O Juízo Moral na Criança*¹⁸, escrito por Jean Piaget, relata vários experimentos através dos quais busca entender como a moralidade se desenvolvia à medida que o tempo passa e que novas aquisições no campo afetivo e cognitivo eram adquiridas pelo indivíduo. Usando o método clínico, com a apresentação de dilemas morais simples ou de brincadeiras em conjunto com essas crianças, Piaget observava quais entendimentos que crianças das mais diversas idades possuíam sobre alguns temas como: mentira, justiça, regras de jogos, entre outras.

Piaget repudiava visões onde os valores morais eram ensinados por coerção ou imposição de normas ou ainda através de punições pelos pais e/ou professores como as noções de certo e errado ou noções de justiça, pois vislumbrava a interação social com um papel fundamental para o desenvolvimento da consciência moral autônoma. Nessa interação, há a oportunidade para o indivíduo sair do seu “prumo” cognitivo e ser capaz de contemplar a mesma realidade a partir de novos pontos de vista. Sendo

¹⁵ SAMPAIO, L. R. A psicologia e a educação moral. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 584-595, 2007.

¹⁶ ROHLING, M. Durkheim, Rawls e a educação moral. **Revista Brasileira de Educação**, v. 22, n. 71, 2017.

¹⁷ DURKHEIM, Emile. **Educação e sociologia**. Leya, 2019.

¹⁸ PIAGET, Jean. **O juízo moral na criança**. Grupo Editorial Summus, 1994.

assim, a interação social um fator importante para o desenvolvimento moral, onde as partes envolvidas devem ser tratadas de forma igual, se sintam comprometidas em respeitar valores e opiniões de outras pessoas, bem como se reconheçam dignas de serem respeitadas.

Quando fazemos uma análise sobre o momento atual em que vivemos com nossas crises de valores contemporâneos moral e social e tendo em vista o potencial que a educação e o conhecimento têm para promover transformações sociais concretas¹⁹, façamos um exercício mental de como podemos utilizar esse conhecimento sobre o desenvolvimento moral para se transformar em ações concretas capazes de transformar nossa realidade social. A educação brasileira tem sofrido, pois o mercado de trabalho tem se tornado o objetivo mais importante do nosso sistema educacional, transformando o ser humano em mero recurso humano sendo todo o processo educativo voltado para apreensão e aprimoramento de técnicas profissionais cada vez mais especializadas.

Considerações finais

As discussões sobre a moralidade e aprimoramento desta moral, evoluíram bastante produzindo um corpo significativo de documentos que ainda não se conectam entre si, mas que tentam compreender os processos envolvidos na vida em sociedade. Esse debate intenso deve ser incorporado pelo debate na América Latina, tanto em questões de teorias como a de Piaget e outros teóricos que discorrem sobre desenvolvimento moral, como as questões suscitadas pelo aprimoramento moral através de biotecnologias, que já se fazem disponíveis, e onde as duas vertentes tem como pretensão uma intervenção que promova o desenvolvimento sócio

¹⁹ CÓRIA-SABINI, M. A.; de OLIVEIRA, V. K. **Construindo valores humanos na escola**. Papirus, 2002.

moral.

O Brasil ocupa a 9ª posição no ranking de países mais desiguais do mundo (Coeficiente de Gini)²⁰. Alcançamos essa posição graças a situações que não são casuais, mas intencionais: educação pública de baixa qualidade, com baixa remuneração aos professores e poucos recursos à disposição deles para um ensino minimamente aceitável; saúde em franco processo de degradação, igualmente pelo baixo investimento público; baixo acesso a saneamento básico aceitável; ausência de acesso a residência para a população com menos recursos financeiros. Isso prejudicará tanto uma proposta de educação moral como a de um aprimoramento moral biotecnológico. Visto que num aprimoramento biotecnológico eletivo, haverá inevitavelmente um fosso entre os que terão acesso e os marginalizados, intensificando desigualdades e acumulando mais poder e capacidade competitiva para os contemplados por esse tipo de aprimoramento. Estas desigualdades também são, e continuarão a ser vistas e intensificadas entre os países mais desenvolvidos economicamente e aqueles que estão em relação de dependência. Já na educação moral como base para este aprimoramento, teremos também o fosso maior daqueles que podem pagar por uma educação de qualidade que contemplem uma educação moral voltada para o processo reflexivo-crítico contra aqueles que acessam uma educação pública de baixa qualidade onde não há nem um preparo efetivo dos docentes atuantes para tal processo de educação que não o impositivo.

A consciência moral autônoma, que é o resultado final dessas duas vertentes, deve ser constituída através de interações onde seja dada a devida importância ao respeito mútuo e cooperação, onde o afeto seja levado em conta e que esse conjunto mobilize as ações pessoais do

²⁰ BRASIL, Oxfam. **País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras 2018**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/pais-estagnado>.

indivíduo. Que o indivíduo seja capaz de tomar decisões e julgar moralmente baseado em seu próprio princípio, além de ter a capacidade de agir baseado nesses mesmos princípios com argumentos que justifiquem sua decisão para o meio social ao qual está inserido. Como equalizar essas opções e chegar a um denominador comum que contemple a América Latina e suas desigualdades é um importante e necessário caminho que temos para percorrer.

PONDERAÇÕES BIOÉTICAS SOBRE A INTERSEÇÃO ENTRE O PRINCIPIALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS, A ÉTICA DO CUIDAR E O APOIO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA TOMADA DE DECISÃO EM FIM DE VIDA¹

*Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta
Ronaldo Goldschmidt*

Introdução

A bioética é um neologismo construído a partir dos termos “bios” (vida) e “ethos” (ética)² e que diz respeito a um campo do conhecimento que contempla o debate sobre questões em que não há consenso moral³. Temas como aborto, clonagem, transgênicos, células tronco e tomada de decisão ética no fim de vida são exemplos de questões discutidas com base em argumentos e reflexões próprias a essa área do conhecimento. Entre os ramos da Bioética, encontra-se a Bioética clínica que está: “relacionada às decisões éticas na prática médica, e a partir da concepção principialista da bioética vem se expandindo em virtude de outras alternativas de análise moral”⁴

A Bioética Clínica ampara as reflexões que buscam a observação,

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

² AZEVEDO, M. A. S., Origens da Bioética. Nascer e Crescer. **Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. XIX, n. 4, p. 255, 2010.

³ MEDEIROS, M., O que é bioética. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2003 [cited 2020 July 14] ; 8(1): 315-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100025&lng=en> <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100025>>

⁴ FIGUEIREDO, A. M., Bioética clínica e sua prática. **Rev Bioética**, v. 19, n. 2, p. 343-58, 2011.

análise e solução de problemas morais que podem surgir quando estamos cuidando de um paciente em unidades de saúde. Portanto, quando surgem esses conflitos, necessitamos avaliar os caminhos a percorrer para chegarmos a uma decisão que seja a mais adequada ao caso. O objetivo, segundo Morrein⁵, não é apenas encontrarmos um ideal moral, mas tentarmos encontrar a melhor solução para aquele caso. Os conflitos éticos envolvem os pacientes, familiares e, é claro, os profissionais de saúde de um modo geral, especialmente quando inseridos no contexto do CTI que, de acordo com o Ministério da Saúde:

(...) é unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas”, acrescentando que devem possuir “equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica⁶.

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. Nesse sentido, é preciso compreender os argumentos éticos utilizados e o processo de tomada de decisão deste profissional nas situações em que o paciente se encontra fora de possibilidade terapêutica de cura. A partir das correntes teóricas do principialismo de Beauchamp e Childress⁷ e da ética do cuidar⁸ – por exemplo – pode-se compreender os caminhos de reflexão para uma

⁵ MORREIN, E. H. Philosophy lessons from the clinical setting: seven sayings that used to annoy me. **Theoretical Medicine**. n. 7, p. 47-63, 1986.

⁶ 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.amib.com.br/portaria3432.htm>

⁷ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo; Editora Loyola, 2012.

⁸ MANNING, R. C. **A Care Approach**. In: KUHSE, H.; SINGER, P. *A Companion to Bioethics*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd. p. 105-116, 1998.

decisão.

A corrente principialista da Bioética se aproxima do Relatório Belmont publicado em 1978 que estabeleceu como princípios basilares da ética na pesquisa científica a beneficência, respeito pelas pessoas e justiça. Tom L. Beauchamp era um dos participantes da Comissão Nacional para Proteção de Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais e se associou a James F. Childress (teólogo e filósofo) para lançarem, em 1979, o livro *Princípios de Ética Biomédica*. Nessa obra, os autores trabalham com os quatro princípios gerais e fundamentais para orientar as decisões morais em questões biomédicas.

Os princípios são: respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. É necessário destacar que os princípios propostos não são absolutos, nem há hierarquia entre os mesmos, portanto, recebem a denominação de “prima-facie”, o que significa que são consideradas obrigações morais, mas, às vezes, quando aplicados a uma dada situação, podem entrar em conflito, havendo a necessidade de realizar uma ponderação entre eles para encontrar o princípio que prevalece ou que tenha mais força na situação dada. Nesse processo de ponderação, a argumentação tanto para a escolha de um princípio preponderante quanto para o abandono de um princípio deve estar claramente apresentada.

Outra corrente bioética, do cuidado, reflete a importância do cuidar durante a vida. No entanto, muitas das vezes, os profissionais de saúde sentem-se despreparados e incapacitados para ofertá-lo em um contexto de finitude da vida. O cuidar representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O embasamento na ética do cuidar diante de uma tomada de decisão é esperado para alguém que se formou para o cuidado. Mas a ética do cuidar e o principialismo estariam realmente refletidos nas decisões em um ambiente crítico e fechado como a UTI?

Em resposta a essa demanda crescente por boas decisões – e observando as variáveis e fatores inseridos em cada caso –, as técnicas de IA, incluindo aquelas que utilizam aprendizado de máquina⁹, foram reconhecidas como uma via possível para enfrentar esse desafio. No entanto, o desenvolvimento de modelos de tomada de decisão confiáveis, baseados em aprendizado de máquina que possam apoiar de forma segura o profissional diante da necessidade de realizar ou não determinado procedimento, por exemplo, continua exigindo imensas reflexões.

Um fator chave que influencia o desempenho dos modelos de tomada de decisão implementados no âmbito da IA é a robustez do aprendizado e a capacidade de generalização do algoritmo de aprendizado de máquina usado. Tal como para decisões em outros setores: *“Isso se encaixa como um fenômeno conhecido como problema de superioridade seletiva”*¹⁰, no qual todos os algoritmos de aprendizado têm um viés indutivo que funcionaria razoavelmente bem para alguns, mas não todos, conjuntos de dados ou domínios de aplicação.

Portanto, para aliviar os desafios mencionados, alguns modelos de aprendizagem, nos quais tenta-se reduzir ao máximo os vieses, estão sendo elaborados. Desta feita, a utilização de um sistema de apoio para a tomada de decisão para questões bioéticas deve considerar não apenas os profissionais envolvidos, mas especialmente o paciente e seus familiares, além da peculiaridade de cada caso, respeitando-se sempre a autonomia do titular da existência – e que se encontra em processo de morrer – a qual deverá ser valorada com especial relevância.

⁹ SIQUEIRA-BATISTA R, SILVA E. Notas sobre os fundamentos matemáticos da Inteligência Artificial. **Revista de Ciência, Tecnologia e Inovação**, v. 4, n. 6, p. 44-54, 2019.

¹⁰ BRODLEY, C. E. **Addressing the selective superiority problem: Automatic algorithm/model class selection**. In Proceedings of the tenth international conference on machine learning (pp. 17-24), 1993.

A tomada de decisão em fim de vida

O contexto da tomada de decisão diante do paciente em fim de vida envolve diversas questões, muitas relacionadas aos cuidados, aos problemas bioéticos e às condutas dos profissionais perante a equipe, ao paciente e a seus familiares. Em muitas destas circunstâncias – como a falta de comunicação da equipe multiprofissional ou com o próprio paciente e familiares –, verificam-se as dúvidas dos personagens envolvidos e a presença marcante do sofrimento inextirpável, o que torna, muitas vezes, difícil a deliberação que satisfaça a todos, em especial ao paciente.

A interseção entre bioética e inteligência artificial (IA) pode ser verificada em *Freemont e Kitney*:

(...) Outros autores ampliam o escopo da avaliação (bio)ética para incluir a moralidade de todas as ações que possam ter interseção com as biotecnociências, incluindo engenharia genética, clonagem, genômica/proteômica/metabolômica, nanociência e nanomedicina, aprimoramento humano e extensão da vida, robótica e inteligência artificial (IA).¹¹

Partindo da discussão do outrora, do atual e do porvir, chega-se à inquietante questão: as decisões éticas poderão ser tomadas, futuramente, com auxílio de uma ferramenta que possua inteligência artificial? Na obra *A Voting-Based System for Ethical Decision Making*, Noothigattu e colaboradores¹² apresentam uma abordagem geral para apoiar decisões éticas, nos termos do aprendizado de máquina. Assim, propõem aprender um modelo de preferências sociais que, quando confrontadas com um

¹¹ FREEMONT, P. F.; KITNEY R. I. **Synthetic Biology**. New Jersey: World Scientific. 2012.

¹² NOOTHIGATTU, R; Snehalkumar S. Gaikwad, Edmond Awad, Sohan Dsouza, Iyad Rahwan, Pradeep Ravikumar, Ariel D. Procaccia. **A voting-based system for ethical decision making**. The Thirty-Second AAAI Conference on Artificial Intelligence (2018)

dilema ético específico, agregue eficientemente essas preferências para identificar uma escolha desejável. Para tal escolha, usaram dados recolhidos de um milhão e trezentas mil pessoas.

A elaboração de máquinas que possam apoiar decisões éticas é, sem dúvida, um dos grandes desafios da IA. Os autores¹³ acreditam que: *“em particular, a implementação de nosso algoritmo no conjunto de dados Moral Machine produziu um sistema que, sem dúvida, pode tomar decisões credíveis sobre dilemas éticos”*. A tomada de decisão ética é caracterizada, mais adiante, como completamente envolvida no princípio de respeito à autonomia.

As questões de terminalidade da vida podem ser discutidas em termos de diversos valores éticos, os quais devem ser considerados para uma decisão justa. Desta feita, o debate se abre para que uma ferramenta constituída de inteligência artificial possa auxiliar ao enfermeiro na tomada de decisão em fim de vida, observando-se o principialismo de Beauchamp e Childress e a ética do cuidado. Mas, por que a escolha dessas duas correntes bioéticas? Inicialmente precisa-se enfatizar que no principialismo, os autores Beauchamp e Childress trabalham com os seguintes pilares (ou princípios): respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Argumentam que estes princípios não são absolutos – nem que haja hierarquia entre eles –, devendo haver a ponderação na argumentação em busca do equilíbrio.

Na ética do cuidar, observa-se a discussão sobre a importância do cuidado – do nascer ao fim de vida – com diversas implicações éticas em todo esse processo. Verifica-se que no Principialismo e na Ética do cuidado, a *autonomia* configura-se como um dos mais potentes conceitos em favor da moralidade em fim de vida.

Assim, destaca-se que a manifestação prévia do paciente – com

¹³ *Idem.*

base na autonomia do sujeito – é a maior influência nos comportamentos dos modelos e, portanto, deve ser principalmente considerada. Portanto, o suporte da ferramenta na tomada de decisão pode contribuir para a escolha da melhor opção para o paciente.

Neste sentido, Knight em *Nurse-led discharge from high dependency unit*¹⁴ avalia a construção de uma ferramenta de apoio à tomada de decisão que funciona em conjunto com um sistema de informação e, ademais, agiliza o processo de alta da UTI. Refere-se a um conjunto de vários sinais vitais coletados rotineiramente e resultados laboratoriais.

IA como apoio à tomada de decisão

Em *A Review of Robotics in Neurorehabilitation: Towards an Automated Process for Upper Limb*, Oña e colaboradores¹⁵ discutem a reabilitação neurológica realizada por robôs, uma vez que consideram um campo em constante crescimento e procura incorporar avanços tanto da robótica como da neurociência. A reabilitação tem grande destaque para o tratamento das doenças neurológicas.

Concluem que para este propósito, a IA é uma ferramenta promissora uma vez que é possível lidar com múltiplos objetivos no planejamento e no reforço da teoria da decisão com o uso de algoritmos de aprendizagem. Assim poderiam contribuir e/ou permitir mais eficiência. Ou seja, os tratamentos através de protocolos poderiam exigir apenas ajustes pelo corpo clínico.

Igualmente relevante, encontra-se o estudo de Emil e Nouri¹⁶

¹⁴ KNIGHT G. Nurse-led discharge from high dependency unit. **Nursing in Critical Care**, v. 8, p. 56-61, 2003.

¹⁵ E. D. OÑA, R. CANO-DE LA CUERDA, P. SÁNCHEZ-HERRERA, C. BALAGUER, and A. JARDÓN. A Review of Robotics in Neurorehabilitation: Towards an Automated Process for Upper Limb. **Journal of Healthcare Engineering**, v. 9758939, 2018.

¹⁶ OREFORS, Emil; Issaki, Nouri. **AI in Context Based Statistics in Clinical decision support**. Suécia, 2018.

desenvolvido na Suécia. Após avaliarem que alguns tratamentos podem causar efeitos indesejados e dificultar a obtenção de uma conduta personalizada para determinado paciente, os autores do estudo observaram a necessidade de criação de um sistema de apoio à decisão em saúde, “*com o propósito de melhorar a qualidade do tratamento e facilitar o processamento e o fornecimento de informações por parte dos médicos*” (p. 2). A ferramenta de suporte à decisão clínica (que denominaram de CDSS) auxilia os médicos a identificar pacientes semelhantes e extrair experiência relevante.

Notas (in)conclusivas

As questões relacionadas ao uso da IA na saúde, essencialmente em questões clínicas e de tomada de decisão, continuam em aberto, uma vez que as inovações da IA em saúde nos direcionam a novos questionamentos éticos. Com o avanço das pesquisas em IA, questões éticas tendem a surgir com maior velocidade.

A União Europeia e os Estados Unidos já discutem o impacto da utilização da IA, especialmente, na assistência à saúde (com as inovações e implementações de novas tecnologias). A principal contribuição deste pretende ser o desenvolvimento de uma reflexão – afinada no diapasão da bioética principialista e da ética do cuidado – dirigida à proposta de aplicação das ferramentas de IA para a abordagem dos problemas (bio)éticos em saúde, de modo a considerar, sempre e especialmente, a autonomia do paciente.

CONFIDENCIALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE: OBSERVAÇÕES SOBRE AS CLÍNICAS DE ENSINO EM ODONTOLOGIA

*Luciana Narciso da Silva Campamy
Sergio Rego*

Denomina-se confidencialidade a garantia de que informações dadas por uma pessoa, em confiança à outra, serão protegidas contra a sua revelação a terceiros. O acesso a informações íntimas e sigilosas é uma constante na vida dos profissionais de saúde, que no processo de assistência e cuidado tomam conhecimento de histórias de vida e suas particularidades, tramas e dramas. Desta forma, toda informação adquirida como consequência do exercício da profissão na área da saúde deve ser, em princípio, considerada sigilosa. Isto configura a confidencialidade da atenção¹. A confidencialidade, ou a obrigação ao sigilo profissional, designa a obrigação ética de guardar para si as informações das quais os profissionais de saúde tomaram conhecimento (o que viram, ou ouviram, ou concluíram) no exercício da sua função².

Para Beauchamp e Childress³ há três tipos de argumentos que sustentam as regras para proteção da confidencialidade:

- Argumentos de base consequencialista: se os pacientes não pudessem confiar em seus médicos, para guardar segredo a respeito de algumas informações, ficariam relutantes em revelar informações completas ou em autorizar a realização de exames, o que

¹ JANOTA, M. G. *et al.* Problemas éticos y psicológicos de la atención a personas viviendo con HIV. **Revista Cubana Salud Pública**; v. 33, n. 2, p. 1-13, 2007.

² DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2007. p. 19-65.

³ BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

impossibilitaria a realização de diagnósticos e prognósticos acurados ou a recomendação de melhores tratamentos. Sem maiores esforços pode se estender esse entendimento a todos os profissionais de consulta, sejam ou não da área da saúde.

- Argumentos de autonomia e privacidade baseados em direitos: levam em conta os princípios morais, como respeito à autonomia e à privacidade. Violações da confidencialidade são frequentemente consideradas como violações da privacidade e da integridade pessoal e adquirem uma importância especial quando os fatos revelados expõem o paciente a riscos legais, perda de amigos e de relacionamentos amorosos, desolação emocional, discriminação, perda do emprego etc.
- Argumentos baseados na fidelidade: é relativa à fidelidade no relacionamento entre médico e paciente, uma obrigação do profissional em cumprir com as expectativas do paciente com relação à privacidade e de fazer jus à confiança de que a confidencialidade será mantida.

Estas regras não são absolutas, havendo obrigações legais e morais de se divulgar uma informação confidencial caso existam riscos sérios para terceiros. Para esta avaliação, leva-se em consideração a probabilidade de que o dano venha a se concretizar e a magnitude desse dano, em contraposição à obrigação de se guardar a confidencialidade. Antes de revelarem informações confidenciais, os profissionais de saúde devem procurar maneiras alternativas de realizar um benefício ou de prevenir um dano. A principal justificativa está no fato de os profissionais de saúde serem, a princípio, obrigados a reduzir o risco de morte - possível consequência, por exemplo, da transmissão de patógenos para terceiros

que ignoram a sorologia de seus parceiros⁴.

O objeto da confidencialidade se refere às informações divulgadas durante a prática profissional. Estas informações podem ser fornecidas pelos pacientes, por seus familiares e também por outros profissionais que o assistam, ou o tenham assistido, e são bastante diversas, indo desde o motivo que originou a consulta até outras questões que não têm relação direta com a doença⁵. É claro que inclui também o conhecimento resultante das reflexões e análises realizadas pelos profissionais em questão, utilizando-se das informações recebidas e/ou produzidas por exames de qualquer natureza.

O Código de Ética Odontológico, em seu Art. 9º, Inciso VIII, diz ser um dever do cirurgião-dentista resguardar o sigilo profissional, só se justificando a quebra deste em situações como a necessidade de notificação compulsória de doença, de colaboração com a justiça nos casos previstos em lei, em perícia odontológica (dentro dos seus limites), revelação de fato sigiloso ao responsável por incapaz e em defesa do interesse legítimo dos profissionais. O Inciso I do Artigo 14º do referido código estabelece que o ato de “revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que se tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão” constitui uma infração ética⁶.

A confidencialidade da assistência também é prevista pela Constituição Federal do Brasil⁷, que assegura a todos, no Inciso XIV do Artigo 5º, o acesso à informação, resguardado o sigilo da fonte, quando esta for necessária ao exercício profissional. É também contemplada pela

⁴ *Idem*.

⁵ DURAND, G., *Op. Cit.*, 2007. p. 19-65.

⁶ CFO. **Código de Ética Odontológica**. Resolução CFO-118/2012. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/codigos/>

⁷ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

portaria 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde⁸, onde é assegurado o “direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.”

Ameaças à confidencialidade estão presentes em muitas instituições que possuem capacidade para armazenar e disseminar informações médicas confidenciais⁹. Devido ao grande número de prontuários arquivados e do longo tempo de permanência dos pacientes nas instituições odontológicas de ensino, uma vez que transitam por várias clínicas (semiologia, periodontia, dentisteria, dentre outras), fica evidente que essa ameaça à confidencialidade é uma constante nas escolas de graduação. Por esta razão, não se pode compreender o sigilo profissional como uma responsabilidade apenas dos profissionais já formados, mas de toda a equipe envolvida no processo de cuidado, incluindo auxiliares, técnicos e estudantes.

Aspectos metodológicos

Inicialmente, foi feita uma revisão de literatura, utilizando os descritores e palavras-chave confidencialidade, formação em odontologia, recursos humanos em saúde, formação em saúde, docência em Saúde, docente em ensino superior, ética, bioética e odontologia, na Biblioteca Virtual em Saúde, periódicos CAPES, SciELO e em publicações específicas de Bioética (livros e revistas).

Este capítulo foi produzido a partir de pesquisas qualitativas,

⁸ Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820 de 30 de março de 2006.** Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. 4ª edição. 2013. Disponível: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/4214>

⁹ BEAUCHAMP, T. L; CHILDRESS, J. F. *Op. Cit.*, 2002.

realizadas em duas faculdades públicas de odontologia do estado do Rio de Janeiro, que identificaremos como Alfa¹⁰ e Beta¹¹ para diferenciação. Em Alfa¹², foram feitas entrevistas semiestruturadas com um professor coordenador e um professor assistente da clínica integrada e dez alunos do penúltimo (9º) e do último (10º) período do curso de odontologia. Além disto, foi realizado um grupo focal, composto por nove alunos de ambas as turmas do nono período (manhã/tarde e tarde/noite). Em Beta¹³, foram executadas entrevistas individuais com oito professores (um destes responsável pela coordenação da graduação) e dez estudantes do último ano da graduação, um grupo focal com sete alunos do último período da graduação e observação participante, efetuada da seguinte forma: em 10 (dez) períodos de atendimento na clínica Integrada e 10 períodos de atendimento em dentística restauradora (contemplava as disciplinas Dentística 3 e Dentística 4).

A obtenção dos dados aqui apresentados foi orientada pelos preceitos das Resoluções 196/1996 (vigente na fase de trabalho em Alfa¹⁴) e 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e aprovadas por Comitês de Ética em Pesquisa, onde obtiveram CAAE de números 0090.0.258.000-10¹⁵ e 26087013.7.0000.5240¹⁶, respectivamente.

Em pesquisas qualitativas, os pesquisadores tendem a coletar dados, pessoalmente, nos locais onde os participantes vivenciam a questão central estudada, utilizando-se de instrumentos como análise de

¹⁰ SILVA, L. N. **Autonomia e confidencialidade na assistência aos usuários em uma escola de graduação em odontologia** [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2011.

¹¹ CAMPANY, L. N. S. **O profissionalismo na formação superior em saúde: uma análise sobre a graduação em odontologia**. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva] – Fundação Oswaldo Cruz; 2016.

¹² Brasil. *Op. cit.*, 1988.

¹³ Brasil. *Op. cit.*, 2013.

¹⁴ Brasil. *Op. cit.*, 1988.

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ Brasil. *Op. Cit.*, 2013.

documentos, observação de comportamentos ou entrevistas com participantes de pesquisa. Geralmente, múltiplas formas de coleta de dados são empregadas a fim de que estes possam ser organizados em categorias que serão submetidas à análise. É uma investigação interpretativa na qual os pesquisadores fazem uma leitura sobre o que observam, escutam e entendem¹⁷.

Neste trabalho, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, que consistem na combinação de perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado pode discorrer sobre o assunto em pauta podendo o pesquisador não se limitar às questões inicialmente formuladas¹⁸¹⁹. As entrevistas foram registradas em gravador de vozes e posteriormente foram transcritas para que se procedesse à análise do material coletado.

A realização dos grupos focais teve a participação de sete alunos na instituição Alfa²⁰ e sete alunos na instituição Beta²¹, todos do último ano da graduação. Este método foi adotado por acreditarmos que as pessoas tendem a falar de forma mais desinibida e franca quando estimuladas a fazê-lo em grupo, principalmente quando esse grupo é constituído por colegas de turma, com os quais convivem diariamente. Nosso propósito aqui era o de obter posições que expressassem o ponto de vista do grupo, mais do que de cada indivíduo. Para registro das informações, foram utilizados gravadores de vozes e filmadora, de maneira que pudesse haver precisão na correlação dos relatos coletados com os alunos participantes da discussão.

¹⁷ CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

¹⁸ MINAYO, MC. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. p. 61-77.

¹⁹ BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: Pope C, Mays N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009. Cap. 2.

²⁰ Brasil. *Op. cit.*, 1988.

²¹ Brasil. *Op. cit.*, 2013.

Grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa e possibilita o confronto de falas. São projetados para valorizar a interação grupal, as pessoas são estimuladas a falarem umas com as outras, a contarem histórias, comentarem seus pontos de vista sobre determinado assunto e relatarem experiências vividas. É uma reflexão que permite que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre o assunto discutido, gerando informações de cunho essencialmente qualitativo. Para tal, os pesquisadores se utilizam de um pequeno número de questões semiestruturadas, capazes de provocar o debate de concepções e opiniões dos participantes.^{22,23,24,25}

Os dados da pesquisa também foram obtidos através da observação participante, descrita como o processo através do qual o pesquisador estabelece uma relação direta com os participantes de sua pesquisa no contexto que deseja observar, sendo considerada parte “essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa” (p.273)²⁶. É um método que favorece o conhecimento da realidade pelo pesquisador de forma mais livre, sem a obrigatoriedade da utilização de roteiros de entrevistas ou instrumentos rígidos de coleta de dados. Permite que sejam observadas situações que surjam no cotidiano, como contradições entre as normas e as práticas vividas pelo grupo ou instituição observada²⁷.

O método utilizado para avaliação e interpretação do material

²² SILVA, L. N. *Op. Cit.*, 2011.

²³ CRUZ NETO, O, MOREIRA, MR, SUCENA, LFM. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Durante o XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 nov 4-8; Ouro Preto, Brasil.

²⁴ KITZINGER, J. Grupos focais. In: POPE, C, MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43.

²⁵ MINAYO, MC. Técnicas de análise do material qualitativo. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2010. p. 303-360.

²⁶ *Ibid.*, 2010. p. 303-360.

²⁷ MINAYO, M. C. *Op. Cit.*, 2007. p. 61-77.

coletado nas entrevistas, nos grupos focais e no diário de campo (produzido a partir das observações efetuadas), foi a Análise Temática que, de acordo com Pope et al²⁸, é a mais comumente usada em pesquisas de atenção em saúde, onde o pesquisador agrupa dados por temas e examina-os. A Análise Temática é uma das modalidades da Análise de Conteúdo que, de acordo com Minayo^{29,30} é uma técnica de interpretação de dados qualitativos, por meio de procedimentos sistematizados e científicos que permitem a inferência de dados (conteúdo de mensagens e observações, neste caso) de um determinado contexto.

Após a transcrição das entrevistas, foram realizados os seguintes passos: leitura e análise criteriosas dos conteúdos obtidos; sistematização das informações; avaliação e compilamento dos dados; estruturação de diálogos entre os dados e as referências teóricas utilizadas.

O compromisso com a confidencialidade da atenção pelas Instituições de Ensino Superior (IES) observadas foi analisado por meio da preservação das informações dos pacientes pelos alunos em formação e pelos professores, e da forma de arquivamento dos dados e de acesso aos prontuários.

Para que os participantes da pesquisa tivessem as suas identidades preservadas, foram utilizados os seguintes códigos de identificação:

- Alunos: letra A seguida da numeração de 1 a 20.
- Professores: letra P seguida pelos números 1 a 9.
- Grupos focais: G

²⁸ POPE, C, ZIEBLAND, S, MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: **Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 76-94.

²⁹ MINAYO, M. C. *Op. cit.*, 2007. p. 61-77.

³⁰ MINAYO, M. C. *Op. cit.*, 2010. p. 303-360.

Discussão

Partindo da concepção de que o ensino em saúde tem se pautado no desenvolvimento de habilidades técnicas e aquisição de conhecimento teórico, sem que ocorra em paralelo um zelo pela formação ética necessária ao processo de cuidar do outro, fizemos uma imersão no campo da formação em Odontologia. Isto se deu em duas instituições públicas de ensino do estado do Rio de Janeiro e os resultados da nossa observação confirmaram a nossa hipótese.

Destaque-se que, nas falas dos participantes da pesquisa, transcritas em itálico, estarão em caixa alta as partes que foram ditas com grande ênfase, de forma que fiquem diferenciadas no contexto e permitam melhor compreensão do discurso por parte de quem lê. Entre < > estão esclarecimentos que julgamos pertinentes sobre informações fornecidas pelos entrevistados.

O compromisso com a confidencialidade e privacidade do atendimento

Este aspecto foi analisado por meio da observação da preservação das informações dos pacientes pelos alunos em formação e pelos professores, do arquivamento dos dados pela instituição de ensino superior e do acesso aos prontuários.

A confidencialidade é uma obrigação que cabe aos profissionais de saúde, que devem guardar para si as informações sobre seus pacientes, às quais têm acesso numa relação de confiança^{31,32}. A privacidade é um direito que contempla a limitada acessibilidade às informações de um indivíduo. Embora esteja ligada ao conceito de confidencialidade, são

³¹ DURAND, G., *Op. Cit.*, 2007. p. 19-65.

³² BEAUCHAMP, T. I.; CHILDRESS, J. F., *Op. Cit.*, 2002.

conceitos distintos que se sobrepõem parcialmente. Ocorre perda da privacidade de uma pessoa quando terceiros usem suas informações pessoais, inclusive intruindo-se em sua intimidade, seus segredos, anonimidade, seus objetos e produtos corporais³³.

Ao pensarmos na confidencialidade da assistência, devemos considerar a necessidade de que as informações contidas em prontuários, materiais e exames complementares de diagnóstico sejam protegidas. Como abordado por Beauchamp e Childress³⁴, em instituições de ensino o sistema de proteção dos dados dos usuários das clínicas de aprendizagem tem vulnerabilidades, uma vez que muitas pessoas (entre recepcionistas, assistentes, alunos e professores) podem ter acesso às fichas dos pacientes. Essas vulnerabilidades são maiores na medida em que não haja um adequado método de arquivamento/desarquivamento dos registros e um cuidadoso trânsito de informação entre a equipe de saúde.

Primeiramente, buscamos conhecer o entendimento dos alunos sobre o assunto. Nem todos apresentaram clareza quanto a esse tema, como nos revelou A4 ao afirmar não saber o significado de “confidencialidade”. Após tomar conhecimento de forma mais ampla sobre a pesquisa, refletiu sobre o assunto: *“eu até, quando tava lendo seu e-mail, fiquei falando ‘o que seria confidencialidade?’ Fiquei pensando, eu realmente não cheguei a nenhuma conclusão... (p.50)”*³⁵ E tenta definir da seguinte forma: *“é uma coisa particular da pessoa, né, eu entendi assim... Não sei (p.50)”*³⁶. A partir desta informação, questionamos a existência de discussão dos conceitos da bioética durante a formação, ao que responde que não acontece.

Na percepção de A8, o importante é que o nome do paciente não

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ SILVA, L. N. *Op. Cit.*, 2011.

³⁶ *Idem.*

seja revelado e ele não seja “apontado” para os colegas de turma. Em seu discurso, faz uma ressalva importante e informa que a estrutura física da clínica é um complicador na preservação da confidencialidade do atendimento, por não haver separação entre as cadeiras odontológicas: *“e também é complicado na clínica porque não tem box separado, é todo mundo junto. Aí você tem que dar um jeito de falar baixinho com o paciente pra ninguém prestar atenção”³⁷.*”

Essa questão do espaço físico foi amplamente discutida no grupo focal realizado em Alfa³⁸ e mostra que o cenário de aprendizagem foi estruturado de forma a atender exclusivamente às necessidades dos estudantes, a privacidade do atendimento não foi levada em consideração na montagem das instalações. Os alunos reconhecem que as cadeiras deveriam ser separadas por boxes, como acontece na clínica de Odontopediatria dessa instituição, pois simples fato de se deslocarem para buscar algum objeto faz com que obtenham informações sobre os pacientes que estão ao redor.

Nos foi relatado um grande incômodo vivenciado pelos discentes e pacientes quando a anamnese é realizada nessa instituição. Os alunos classificaram algumas perguntas como “muito pessoais”, o que fez com que se sentissem constrangidos durante a coleta de dados. Reconhecem que a situação do paciente é ainda pior, pela inexistência de um prontuário único, como bem descreve A3: *“às vezes a pessoa tem dificuldade de falar, né, a situação dele. Ele tem que falar, aí ele vai em três clínicas e em três clínicas ele vai ter que falar, entendem”³⁹?*”

No que tange ao respeito à privacidade dos usuários das clínicas de ensino, observamos falhas em ambas as instituições analisadas. Fichas

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Idem.*

são perdidas com frequência, mesmo quando o paciente prossegue em tratamento numa determinada clínica por mais de um semestre. Na instituição Alfa⁴⁰ os prontuários ficam em poder de um estudante, representante de turma, aspecto que corrobora para o comprometimento do direito à privacidade - a pasta/arquivo pode vir a ser deixada, por descuido/esquecimento do aluno responsável pela sua guarda, em qualquer espaço de circulação, dentro e fora da faculdade, por onde ele transite. Sobre esse fato, vale ressaltar que essa pessoa é mais uma a ter acesso aos dados dos que são atendidos pelos alunos. Além disto, temos que considerar a importante reflexão sobre o acesso aos prontuários feita por A2: *“agora olha só, se alguém pega naquela, porque a pasta fica solta na mesa, se alguém quiser pegar o prontuário do meu paciente, por exemplo, pode chegar lá e olhar”*⁴¹.” Observa-se, então, que é fácil o acesso aos prontuários por quem circule na área onde funciona a clínica integrada, uma vez que a pasta/arquivo, durante os atendimentos, fica exposta a todos.

Como afirmam Beauchamp e Childress⁴², uma pessoa pode ter perdido parte da sua privacidade sem saber quando alguém descobre um prontuário médico e revela seu conteúdo a terceiros. De acordo com o que foi observado, esse risco é constante aos que são atendidos pelos participantes das pesquisas, como nos disse A1: *“mas nesse período, por exemplo, nós tivemos que refazer todas as fichas, né, é... Ter ficha nova pra paciente novo e pra paciente antigo. Então, quem já tinha um planejamento teve que refazer. Estavam desorganizadas, algumas foram perdidas... Isso é comum aqui”*⁴³!”

Na instituição Beta⁴⁴, grande parte das fichas (arriscamos dizer que a maior delas) fica empilhada sobre as mesas dos recepcionistas, devido à

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ *Idem.*

⁴² BEAUCHAMP, T. I.; CHILDRESS, J. F. *Op. Cit.*, 2002.

⁴³ SILVA, L. N. *Op. Cit.*, 2011.

⁴⁴ CAMPANY, LNS. *Op. Cit.*, 2016.

ausência de um local adequado para armazenamento das mesmas. Este fato, por vezes, resulta em perda e consequente comprometimento do sigilo profissional. Como os pacientes permanecem em tratamento por longos períodos e não há um controle eficaz sobre os casos concluídos, os prontuários ganham volume na medida em que o paciente obtém novo acesso à clínica de ensino.

Isso dificulta muito <a fragmentação do serviço>. Tem pacientes (aquele caso que eu te falei, né) que estão aqui há 10 anos pra fazer o tratamento, 12 anos pra fazer o tratamento, então eles já tem aquela ficha de 10 cm de espessura quase, cheia de folhas dentro e aí tem lá no meio... e aí ele assinou aquilo, sei lá, em 2006, mas tá assinado. É... eu gosto sempre de ver se tá tudo assinadinho direitinho, bonitinho, mas nem sempre eu consigo fazer isso tudo, ainda mais por essa coisa de fazer produção e tudo mais (A12)⁴⁵.

Por estas razões, muitos alunos apresentaram descontentamento com o sistema de armazenamento de dados adotado pela faculdade, como disse A17: *“Não sei se você já pegou a ficha, mas a ficha é cheia de folhas, tem evolução de 2009, né?! Eu só acho que isso poderia ser arquivado, arquiva e deixa a ficha com a gente, porque a chance de perder é muito grande”⁴⁶.*”

Outro transtorno importante causado pela perda das fichas é ressaltado por A20, o atraso na prestação de assistência aos usuários:

Não deveria ter fichas e PAPEIS e MILHÕES de papelada pra tudo o que é lado, porque já aconteceu várias vezes de perder - tanto o aluno perde a ficha ou as secretárias lá acabam se desorganizando por algum momento e perdem a ficha. Se tivesse um computador a secretária não teria nenhum problema de desorganização, era só computar lá, escrever e arquivar, não ter que ficar correndo de um lado pro outro num armário enorme pra pegar uma ficha e procurar o nome do paciente, número. ‘Ah, não é esse nome, não é esse número, não é essa ficha. Cadê a folha tal, cadê?’ Entendeu? Isso é uma coisa que é um atraso muito grande, então às vezes a gente, tendo esse atraso, a gente já tendo feito a anamnese, tendo feito vários exames clínicos, tendo tudo, plano de tratamento, só pra próxima consulta o paciente já começar o tratamento, aí chega na clínica seguinte

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ *Idem.*

o papel sumiu. ‘Cadê a ficha do paciente?’ ‘Ah, refaz⁴⁷.’”

A necessidade de se refazerem os prontuários é comentada ao longo da entrevista de metade dos alunos de Alfa⁷ e amplamente falada no grupo focal: *“eu agora peguei uma paciente que ela já tinha... ela já era paciente, acho que já tem dois anos que ela já é atendida lá, mas eu tive que fazer outra ficha dela, porque aonde tá a ficha que ela fez... ninguém sabe onde tá (A6)⁴⁸.”*

A grande perda de prontuários, relatada em Alfa⁴⁹ e Beta⁵⁰, indica a grande vulnerabilidade relacionada ao sigilo profissional na instituição de ensino, corroborando com as afirmações feitas por Beauchamp e Childress⁵¹. Certamente, o acesso às informações do paciente acaba sem controle e extrapola o campo profissional – o seu prontuário pode ser encontrado por qualquer pessoa que tenha transitado em algum momento nas dependências da faculdade, pelas mais diversas finalidades - limpeza, entrega de insumos e correspondências etc.

O aprendizado compartilhado e os seus riscos implícitos

Ao serem questionados sobre a existência de comentários entre os alunos relativos aos seus pacientes, todos disseram que trocam informações uns com os outros. Existe um discurso comum que remete ao fato de ser importante para o aprendizado a discussão dos casos com os colegas, mas fica evidente que nem sempre a tônica central das conversas é de caráter científico.

Nos é relatado por A2, por exemplo, que os casos são comentados em abundância. Chama-nos atenção para o fato de o paciente ser

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ SILVA, L. N. *Op. Cit.*, 2011.

⁴⁹ *Idem.*

⁵⁰ CAMPANY, L. N. S. *Op. Cit.*, 2016.

⁵¹ BEAUCHAMP, T. I.; CHILDRESS, J. F. *Op. Cit.*, 2002.

identificado pela patologia que apresenta, inclusive pelo corpo docente: *“na própria sala mesmo o professor discute: ‘ah, você fez aquela biópsia daquela hiperplasia?’ O paciente não tem mais nome, ele é o da hiperplasia, ele é o da AIDS, ele é o... entendem? Ele é designado não pelo nome, mas pela doença que ele tem, pelo que aconteceu. Isso acontece sim. Bastante*⁵².” Nesta fala observamos a redução do paciente aos aspectos médicos, promovida pela concepção hegemônica do processo saúde-doença. Sobreposto ao ser humano e à sua identificação pessoal é colocado o processo patológico que ele apresenta.

O caso de uma paciente portadora de HIV é citado por A3, responsável pelo seu atendimento. Ela não retornou para conclusão do tratamento e uma das hipóteses que tem para justificar esse fato é a falta de privacidade que o espaço físico promove. Conta-nos que outros alunos, os quais não participaram do atendimento clínico, tomaram conhecimento da sorologia da paciente.

Ela deve ter ficado desconfortável mesmo. De repente nem ESCUTARAM, outras pessoas não escutaram, mas de repente ela acha que escutou. Ficou desconfortável, não sei. Ela não voltou. Eu também não sei se é isso, mas assim... sei lá! Muita coincidência, né? A pessoa... sei lá! De repente ela se sentiu invadida, né? Não sei, não sei também se foi por isso, se teve outro motivo, se ela teve outro problema, não sei (A3)⁵³.”

Alguns alunos (A4, A8 e A9) afirmam que existem comentários que extrapolam o campo científico e expõem o paciente, caracterizando quebra da confidencialidade da atenção. Enquanto A1, por exemplo, acha relevante o fato de o nome do paciente ser omitido nas conversações, A10 ressalta que o detalhamento do caso acaba fazendo com que haja identificação do usuário. Este processo é potencializado pela estrutura física da clínica integrada, conforme já dissemos e citado por A3: *“você*

⁵² SILVA, L. N. *Op. cit.*, 2011.

⁵³ *Idem*.

*acaba sabendo porque é tipo 'estou com paciente, em tal clínica, aí é um caso assim, assim'. Então, como a gente tem contato, a gente, e é tudo aberto, você vê quem é o paciente da pessoa*⁵⁴.”

Na percepção de A5, certos comentários são permeados por uma insensibilidade dos alunos, que buscam mesmo fazer uma identificação do paciente durante as conversas sobre a prática clínica: *“às vezes a gente acaba sendo um pouco até insensível 'não é aquele paciente que tem isso?' Entendem*⁵⁵*?”*

Fica claro que, apesar de se ter a troca de informações científicas como mola propulsora da discussão dos casos entre os alunos, viola-se a confidencialidade nesse processo até mesmo de forma consciente. Assim como também são violados os direitos do paciente, que passa a ser caracterizado pelo quadro patológico que apresenta, inclusive pelos professores, que deveriam ser responsáveis por promover uma atenção em saúde pautada em respeito e cuidado, ao longo do processo de formação acadêmica do qual fazem parte de forma tão significativa. Cabe-nos ressaltar que professores são exemplos e, muitas vezes, tornam-se modelos de atuação profissional adotados pelos discentes, fato de extrema relevância e que deve ser observado pelos que se dedicam ao magistério superior em saúde. Como afirmam Rego et al⁵⁶, “a cada atitude tomada por um professor (...) uma lição está sendo ministrada” (p.487-8).

Quando questionados especificamente sobre a preservação da confidencialidade nas situações onde o paciente revela ser soropositivo para HIV, fato ainda estigmatizante em nossa sociedade e, por esta razão, utilizado como disparador de reflexões, A2 nos diz: *“acho que haveria sim comentários (...) porque existe um preconceito MUUUUUUUUITO grande sobre*

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ REGO, S; GOMES, A; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 482-91, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>>

isso⁵⁷.”

Com mais transparência, A7 nos diz que a falta de preservação da confidencialidade se dá de modo mais ampliado, não se restringindo aos pacientes portadores de infecções transmissíveis:

Quanto à questão da confidencialidade e da autonomia do paciente com HIV ou sem HIV, aqui na faculdade é a mesma coisa. Ele não vai ter a confidencialidade e a autonomia dele vai ser semi <faz sinal de mais ou menos com as mãos>. Porque falar, vão falar de quem tem, de quem não tem, se foi desde uma restauração a uma prótese total se fala! Tudo acaba na boca do povo, tudo é papo de vestiário⁵⁸.”

Cabe-nos esclarecer que o termo “conversa de vestiário” foi amplamente empregado pelos alunos da instituição Alfa⁵⁹, com o intuito de definir a violação da confidencialidade no ambiente acadêmico.

Quando questionamos sobre uma possível intervenção dos professores no sentido de esclarecer os alunos quanto à importância da confidencialidade nos atendimentos, para coibir a “fofoca” (termo utilizado por A7 para descrever o que acontece entre eles em alguns momentos), respondem que não ocorre nenhuma intervenção com essa finalidade. A1 complementa: “*acho que eles nem devem saber* <sobre a existência dos comentários> (p. 55)⁶⁰.” Esta colocação é contestável, uma vez que o professor também foi acadêmico e, se for avaliar as práticas comuns na clínica de ensino enquanto ainda era estudante, muito provavelmente vai se defrontar com a lembrança desse tipo de ocorrência (antiética), que deve ser discutida com os futuros cirurgiões-dentistas desde o início da sua formação.

⁵⁷ SILVA, L. N. *Op. cit.*, 2011.

⁵⁸ *Idem.*

⁵⁹ *Idem.*

⁶⁰ *Idem.*

Violação justificável

Questionados sobre situações em que a violação da confidencialidade de um atendimento seria justificável, os alunos apresentam grande variação das respostas. Apresentaremos as que entendemos serem as mais importantes para a discussão que pretendemos realizar neste tópico.

Na avaliação de A1, é justificável a violação da confidencialidade nos casos em que o quadro clínico do paciente oferece risco para o profissional ou para outro paciente. Este entendimento é parcialmente compartilhado por A9, que pauta sua justificativa em situações que ofereçam risco ao profissional e acha que não se pode pensar apenas no bem do paciente. Estes relatos mostram que A1 e A9 parecem esquecer (ou desconhecer) que as normas de biossegurança garantem a proteção contra o risco de infecção cruzada no atendimento odontológico. Além disto, essas normas são universais e, portanto, devem ser utilizadas em todos, independentemente da condição sistêmica de saúde que apresentem.

Por não conseguir apresentar uma definição, A2 se utiliza de um caso narrado por um docente para ilustrar a situação. Em sua fala, caracteriza o paciente como “aidético”, mostrando ignorar o fato de ser garantido ao paciente, através da portaria 1.820 do Ministério da Saúde⁶¹, o direito de não ser rotulado pelo seu quadro clínico – neste caso, deveria dizer que o paciente era “portador do HIV” ou “infectado pelo HIV”. No quadro descrito, a quebra da confidencialidade foi para bem de terceiros, mas não foi dada ao paciente a chance de revelar a sua sorologia, o docente preferiu se antecipar na revelação pensando no bem da parceira do

⁶¹ Brasil. *Op. Cit.*, 2013.

paciente. A2 considera que ele agiu de forma correta, tornando-se um exemplo a ser seguido:

Ele na verdade diagnosticou, no caso, um Sarcoma de Kaposi, que é um marcador de AIDS, né, e quando ele ia pedir a sorologia, o paciente já falou 'não, não, não. Eu sou. Mas tá vendo aquela garotinha de 15 anos lá fora? Eu vou ter relações com ela hoje e eu não queria que você comentasse isso.' Eu acho isso um absurdo! Eu tô te falando isso porque eu ouvi isso recentemente e eu acho isso um absurdo! E a conduta que ele teve foi corretíssima, ele quebrou o sigilo. Ele foi lá e falou: 'olha só, esse paciente aqui é portador de HIV, tá.' Eu acho que... assim, eu não sei se eu tô certa, eu tô dando A MINHA opinião, eu faria a mesma coisa que ele. Eu faria a mesma coisa que ele. É nesse âmbito que eu tô te falando, entendeu? Vai atender um paciente HIV que vai falar que vai/ NEM PENSAR! Não precisa nem explicar! É revoltante, entendeu⁶²?

Na percepção de A3, não há razões que justifiquem a violação da confidencialidade e respeitar isso é o único meio de fazer com que o paciente confie no profissional e revele, de fato, todas as informações sobre o seu quadro geral de saúde. A4 não sabe responder sobre o assunto, deixando claro, mais uma vez, o desconhecimento sobre bioética e sua relevância para o trabalho em saúde, fato indicativo de que a abordagem da temática ao longo da formação pode estar sendo aquém da necessidade de aprendizado dos alunos (ou sendo suprimida). Como bem afirmam Prado e Garrafa⁶³, o conhecimento teórico e prático da bioética são fundamentais para a formação dos profissionais de saúde, qualificando-os para uma melhor prestação de assistência em saúde.

Para A5, a suspeita de malignidade na observação de uma lesão faria com que fosse necessária a solicitação da ajuda de outros profissionais, com maior conhecimento clínico, para fins de diagnóstico. Acredita que isso configuraria quebra da confidencialidade, mas acha

⁶² SILVA, L. N. *Op. Cit.*, 2011.

⁶³ PRADO, M. M; GARRAFA, V. A bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, p. 263-74, 2006.

justificável por ser o cuidado com o paciente se faz soberano nesse caso. Outrossim, A7 pensa que a violação da confidencialidade só se justificaria mediante solicitações judiciais que venham a requerer acesso às informações particulares do paciente “*só perante a lei, né*”⁶⁴.

Alguns alunos (A6, A8, A9 e A10) acham justificável que a confidencialidade seja violada quando o caso requer discussão com outro profissional com o intuito de capacitação pessoal para realização do atendimento. Exemplifica A8: “*‘ab, fulano precisa tomar medicamento por causa disso, tem problema de saúde’. Ai nesse caso acho que é justificável porque é pro bem da pessoa, né. Agora, fora isso... acho que não teria justificativa*”⁶⁵.

Ao receberem a solicitação para que descrevessem o que seria “quebra do sigilo profissional”, os alunos demonstram, mais uma vez, certa dificuldade. Todas as falas retomaram o que foi dito em relação à quebra da confidencialidade – divulgar a outrem as informações sigilosas de um paciente sem o seu consentimento. Além disto, nos revelam questões muito importantes relativas ao (des)cuidado em saúde existente nas IES:

Na maioria das clínicas, não existe esse negócio de sigilo não, porque pra mim isso é sigilo, né. É... por exemplo, tô eu e minha dupla atendendo um paciente e, na periodontia, e ele tem GUNA. Chega a professora X de perio e fala 'gente, vem ver uma GUNA aqui!' Refere-se, mais uma vez, aos comentários entre os alunos sobre os casos atendidos diz: “isso é comum. Isso é até banal. Às vezes a pessoa vai comentando e nem tá... Tá se ligando só em trocar experiência, até pra enriquecer, talvez, o aprendizado, sem se tocar que isso é errado, que é sigilo... que tá quebrando o sigilo profissional. A gente já viu em perícia que isso é errado, né (A2)”⁶⁶

Na compreensão de A8, quebrar o sigilo profissional seria: “chegar, por exemplo, em público lá na clínica e falar que fulano, é, por

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ *Idem.*

⁶⁶ *Idem.*

exemplo, portador de HIV, não sei o que, pra tomar muito cuidado... Não precisa falar assim, né, de uma forma tão... pra expor o paciente. Você pode falar mais discretamente⁶⁷.” Parece-nos que falta a compreensão de que revelar um dado sigiloso, como a sorologia positiva para HIV de um paciente, é violação da confidencialidade independentemente da forma utilizada para realizá-la (de forma “discreta” ou alarmista).

Segundo A2, em algum momento da formação em Alfa⁶⁸ é discutida, com os alunos, a importância da preservação das informações do paciente. Em Beta⁶⁹, o seminário realizado por uma determinada disciplina foi citado como o único momento da formação em que se discutiu o respeito na relação profissional-paciente. O que nos foi revelado é que, sobre esse aspecto, o ensino tem sido superficial e, além disto, não há uma ênfase para aplicação do conteúdo ministrados em sala de aula quando os acadêmicos realizam atendimentos. Este processo poderia ser realizado através de um método sugerido pelos próprios formandos de Odontologia que foram entrevistados por Lima e Souza⁷⁰: uma avaliação ética da prática clínica.

Conclusão

Os dados obtidos nas escolas de graduação em odontologia analisadas nos mostram que a confidencialidade do atendimento não é promovida quando observamos que a estrutura física da clínica de ensino permite a visualização dos atendimentos que acontecem de forma simultânea. Além disto, o ambiente permite a escuta do que é conversado durante a coleta de informações/anamnese por pessoas que estejam

⁶⁷ *Idem.*

⁶⁸ *Idem.*

⁶⁹ CAMPANY, L. N. S., *Op. Cit.*, 2016.

⁷⁰ LIMA, ENA; SOUZA, E. C. F. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 2, p. 231-8, 2010.

próximas a quem está sendo atendido.

O sigilo profissional (confidencialidade da atenção) também é comprometido nas instituições de ensino quando prontuários são perdidos, o que ocorre com certa frequência, em decorrência de falhas no manuseio e arquivamento dos mesmos. Outrossim, quando existem comentários sobre os pacientes entre os alunos, sem a devida preocupação em ocultar a identificação dos usuários de suas clínicas, e quando é feita a divulgação de informações relativas aos pacientes sem que tenham consentido.

Estes resultados nos remetem à necessidade urgente da inclusão da dimensão ética na formação em saúde, não apenas com enfoque na responsabilidade civil dos profissionais, na ética deontológica que analisa os códigos de conduta, como tem sido feito até então. Falamos da ética aplicada à práxis, de forma que contemple as vivências do cotidiano nos cenários de formação e auxilie o aluno, futuro profissional, a agir de maneira respeitosa, humanitária e autocrítica, com o objetivo de buscar uma melhoria contínua no emprego dos seus conhecimentos e habilidades técnicas no atendimento aos indivíduos e à sociedade.

SENTIDOS DE RESPONSABILIDADE EM CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Carmen Carvalho

"O progresso material do mundo acicatou a minha sensibilidade moral, ampliou a minha responsabilidade, aumentou as minhas possibilidades, dramatizou a minha impotência. Ao fazer-me mais difícil ser moral, faz com que eu, mais responsável que meus antepassados e mais consciente, seja mais imoral que eles, e a minha moralidade consiste precisamente na consciência da minha incapacidade".

Umberto ECO

O termo Neonatologia surge em 1960 por Alexander Schaffer, definido como a subespecialidade da Pediatria responsável pelos cuidados e tratamentos aos recém-nascidos (idade inferior a 29 dias). Desde essa altura verificaram-se enormes avanços tecnológicos, sobretudo marcados após a morte de Patrick Kennedy, filho de John e Jaqueline Kennedy, nascido prematuro em 1963. Este acontecimento gerou grandes investimentos e progressos na investigação médica, culminando com a descoberta do surfactante, terapêutica essencial no tratamento da doença das membranas hialinas, causadora da morte do filho dos Kennedy.

As últimas décadas ficaram marcadas por enormes progressos em termos científicos e tecnológicos, tendo a investigação biomédica crescido exponencialmente. Surgiram novos ventiladores com modos progressivamente mais fisiológicos, o surfactante permitiu tratar a doença das membranas hialinas e os corticoesteróides administrados às grávidas com risco de parto pré-termo, diminuíram significativamente a morbilidade e mortalidade associada à grande prematuridade (idade gestacional inferior a 32 semanas). A evolução da monitorização invasiva e não invasiva e as técnicas de imagem à cabeceira do doente (ecografia cerebral, renal e a ecocardiografia funcional) têm permitido a realização de

diagnósticos cada vez mais rápidos e rigorosos.¹ Todo este progresso implicou adaptação e formação específica, aquisição de competências técnicas, atualização constante de conhecimentos, ajustes de protocolos, *guidelines* e normas de orientação clínica, recorrendo entre outros a meta-análises internacionais - medicina baseada na evidência ou na prova.^{2,3}

À medida que a tecnologia avança, as questões éticas vão-se tornando mais prementes, aumentando a exigência e a responsabilidade dos profissionais.

Com base nos contributos de Emmanuel Levinas, Hans Jonas e Paul Ricoeur, procuraremos as especificidades do princípio bioético da Responsabilidade no contexto particular dos cuidados intensivos neonatais. Em busca do equilíbrio entre a autonomia dos profissionais de saúde, traduzida em atitudes paternalistas, e a autonomia (autoridade) parental, abordaremos a relevância da responsabilidade neste contexto específico dos cuidados de saúde, com o intuito do bem cuidar e no melhor interesse do recém-nascido.

Existem vários sentidos de responsabilidade: legal, social, profissional, política, histórica. Nos cuidados de saúde, o termo responsabilidade é usado tanto no contexto jurídico (civil, penal e disciplinar) como no contexto da (bio)ética. As suas implicações morais são particularmente relevantes para os profissionais dos cuidados intensivos.

¹ MACHADO, M do C. **Viver e morrer entre máquinas. Cuidados paliativos a recém-nascidos.** In: Bioética e Vulnerabilidade. 1ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, SA; 2008. p. 177-85

² CARNEIRO, AV. A medicina baseada na evidência: Um Novo Paradigma para a Prática Médica. **Acta Médica Portuguesa**, v. 11, n. 8-9, p. 717-37, 1997.

³ LOBO, A. J. **A Nova Medicina.** Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2012. 29-33p.

Contextualização filosófica da Responsabilidade e sua aplicabilidade em Neonatologia

O Neonatologista é um Pediatra especializado nos cuidados abrangentes ao RN (...) com problemas complexos e em situações de alto risco (...) avalia, discute e propõe à equipa clínica e à família a tomada de decisões em situações clínica e eticamente difíceis, como a instituição de cuidados paliativos ou a limitação de cuidados (Ordem dos Médicos, Subespecialidade de Neonatologia).

O programa formativo do denominado ciclo estudos especiais de neonatologia (CEE), tem em Portugal uma duração de 18-24 meses. Alguns CEE de Neonatologia incluem no seu programa os aspetos bioéticos em Neonatologia; cuidados paliativos neonatais e decisão de suspensão de intervenção ou de não reanimação (Diário da República Aviso nº 9797/2017).

Na área do intensivismo neonatal, tanto os progressos tecnológicos como a capacidade interventiva, têm aumentado exponencialmente, com consequente incremento das questões éticas que se colocam. Assim, as exigências aos profissionais, do ponto de vista técnico-científico e de reflexão ética constituem uma prioridade. Em termos de ética médica, são numerosas as questões levantadas, seja em situações de limiar da viabilidade ou mesmo instituição de cuidados paliativos ou em fim de vida.⁴ A gravidade e a complexidade dos casos exigem reflexão ética ancorada na responsabilidade e em diálogo com outros princípios (o que fazer? como fazer? devemos fazer?).

De acordo com Simon Blackburn⁵, filósofo inglês contemporâneo,

⁴ MENDES, Justo L. **Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida**. Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida 2012

⁵ BLACKBURN, S. **Ethics: A very short introduction** [Internet]. Oxford University Press; 2001. 1–3 p. Available from: <http://veryshortintroductions.com/view/10.1093/actrade/9780192804426.001.0001/actrade-9780192804426>

“todos aprendemos a ser sensíveis ao meio físico, a ver como é frágil e como o podemos arruinar. Talvez só alguns de nós sejam sensíveis ao que poderemos chamar clima ético ou moral, ao clima de ideias e de como viver. Este “reconhecimento ético” na área dos cuidados intensivos neonatais constitui a base para esta reflexão.

Responsabilidade: O contributo da filosofia

Do ponto de visto etimológico “responder” provém do verbo latino *spondeo*, o qual significa assumir um compromisso solene. Por sua vez, *spondere*, significa “empenhar-se”, “obrigar-se a”, “prometer”. Responder é comprometer-se a algo ou prometer algo, e responsabilidade é a qualidade ou condição de quem promete ou se compromete.⁶ O termo responsabilidade foi ganhando diferentes sentidos, e mesmo significados ao longo da história. Segundo Gracia, o primeiro foi teológico (surgindo no dicionário alemão, no seio da reforma protestante, “todo o ser humano pecou, e portanto é indesculpável, injusto, devedor, responsável”), o segundo jurídico (surge no século XIX, ligada à imputabilidade: “alguém é responsável daquilo que fez (...) deve carregar com as sanções e as penas correspondentes ao incumprimento das normas”) e o terceiro ético (a expressão “ética da responsabilidade” surge no século XX, por Max Weber, referindo-se a “ação responsável”⁷. Encontramos diversos usos na linguagem corrente: “atribuir responsabilidade”, “assumir responsabilidade”, “ter responsabilidade”, “ser uma pessoa responsável” (virtude moral). Embora seja de uso generalizado, a sua definição não é encontrada em alguns dicionários de ética, nomeadamente na Nova Enciclopédia de Bioética.⁸ Do mesmo modo não encontramos referência

⁶ GRACIA, D. **Fundamentos de Bioética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra; 2008.

⁷ *Ibid*, p. 10

⁸ HOTTOIS, G, MISSA J-N. **Nova Enciclopédia de Bioética**, 2003.

ao termo Responsabilidade no Dicionário Cambridge de Filosofia.

Desde as últimas décadas do século XX tem surgido a evocação da responsabilidade no âmbito da moralidade. A responsabilidade, para além da noção de imputabilidade (caráter jurídico) apresenta-se como apelo, uma exigência feita ao homem. No sentido da “responsabilidade moral”, tanto Levinas como Jonas concebem a responsabilidade como condição da humanidade do homem, no reconhecimento da sua alteridade. Levinas considera a responsabilidade como resposta à anterioridade, ao Outro que o antecede, enquanto Jonas a reconhece como resposta perante o futuro.⁹

Emmanuel Levinas, na sua vasta obra salienta a preocupação com o “Outro”, refletindo sobre a alteridade. É o Outro que elege o eu na sua individualidade, que o faz ser. Considera a subjetividade como resposta ao outro, à responsabilidade pelo outro. Para este filósofo, a responsabilidade tem origem na relação de proximidade com o outro, sendo resposta ao apelo do outro: “eis-me”. A responsabilidade precede a liberdade: “é porque eu sou responsável que eu sou livre”. A ética defendida por Levinas propõe um vocabulário que facilite o desenvolvimento da sensibilidade e da tomada de consciência do Outro.¹⁰ Levinas considera que “sou responsável de uma responsabilidade total, que responde por todos os outros e por tudo o que é dos outros, mesmo pela sua responsabilidade” e que “o eu tem sempre uma responsabilidade maior que todos os outros”¹¹. Segundo Levinas, a responsabilidade não pode ser delegada “a minha responsabilidade não cessa, ninguém pode substituir-me”¹². Esta concetualização tem sido alvo de críticas, das quais

⁹ PATRÃO-NEVES, M. do C. **Na senda da responsabilidade moral**. In: Poética do Mundo. Edições Colibri; 2001. p. 851–70

¹⁰ BEVAN, D; CORVELLEC H. The impossibility of corporate ethics: for a Levinasian approach to managerial ethics. **Business Ethics: A European Review**, v. 16, n. 3, p. 208–19, 2007.

¹¹ LEVINAS, E. **Ética e Infinito**. 1ª edição. Lisboa: Edições 70 LDA; 1982. 10-102p.

¹² *Ibid*, p. 84

salientamos Patrão Neves, que refere que esta visão de submissão do eu ao outro, não evoluiu para o estabelecimento da relação e da fraternidade, podendo assim desvirtuar a intenção desta filosofia.¹³ Hans Jonas, ao afirmar a responsabilidade como princípio, tornou-se uma referência importante na reflexão filosófica sobre a dimensão moral da responsabilidade. A sua obra *O Princípio da Responsabilidade. Uma ética para o agir técnico*¹⁴, constituiu uma importante forma de aproximar a reflexão filosófica aos problemas que as sociedades enfrentam atualmente, tendo abordado a responsabilidade de forma mais abrangente. Jonas defende que os efeitos das ações realizadas no presente têm impacto no futuro, tanto para o homem como para a natureza, com implicações na continuidade da sua existência.

Jonas chama a atenção para o progressivo poder das novas tecnologias passando dum meio para alcançar um fim (benefício do homem com promoção do seu bem-estar e bem viver) para um fim em si mesmo. Jonas alerta para os perigos que a escalada do desenvolvimento científico-tecnológico possa ter, nomeadamente nos riscos para a saúde do homem e ameaças ao equilíbrio ecológico do planeta: “atua de forma a que os efeitos das tuas ações seja compatível com a presença contínua de vida genuinamente humana na Terra”. Hans Jonas entende a responsabilidade como uma exigência ética de responder aos desafios colocados pela civilização técnica.

Da filosofia kantiana “tu deves, então tu podes” passa-se para uma filosofia da ética jonasiana em que “tu podes, então tu deves”, no sentido em que quanto maior o poder do homem maior deverá ser a sua responsabilidade. Para Jonas, a responsabilidade constitui um dever agir,

¹³ PATRÃO-NEVES, M do C., *Op. Cit.*, 2001. p. 851-70.

¹⁴ HANS, J. **The Imperative of Responsibility**. In Search of an Ethics for the Technological Age. Chicago, London: The University of Chicago Press; 1985

“uma obrigação do poder” dirigida para o que “não se pode e, por isso, não se deve”.

As reflexões filosóficas de Emmanuel Levinas e Hans Jonas constituem um marco na dimensão moral da responsabilidade e da sua importância para a ética. Levinas faz uma interpretação da ética como responsabilidade, enquanto Jonas afirma a responsabilidade como princípio ético.

Paul Ricoeur na sua obra *O justo ou a essência da justiça* elabora uma extensa reflexão ética sobre as transformações do conceito moral da responsabilidade, referindo “a espantosa proliferação dos usos do termo responsabilidade no plano moral”. Segundo Ricoeur, “é pelo outro que está a meu encargo que sou responsável”, referindo-se ao vulnerável e ao frágil, que está ao nosso cuidado, como “objeto direto da responsabilidade”. Tece também considerações sobre o que chama a trilogia poderes-prejuízos-responsabilidade. Quanto maiores são os nossos poderes, assim também as nossas capacidades em provocar prejuízos e deste modo a nossa responsabilidade pelos danos.¹⁵ Neste sentido, os profissionais que trabalham em unidades cuidados intensivos neonatais de elevado nível de diferenciação, capacidade científica e tecnológica, têm responsabilidade acrescida na ponderação, precaução, prudência e reflexão sobre possíveis danos em relação ao ser vulnerável e frágil, o recém-nascido que está ao seu cuidado.

Ricoeur afirma a virtude da prudência como própria da responsabilidade. Define-a como *prudentia*, da virtude grega aristotélica *phronesis*, também denominada sabedoria prática, significando “juízo moral circunstanciado”¹⁶.

Ricoeur, na fundamentação filosófica do conceito da

¹⁵ RICOEUR, P. *O Justo ou a Essência da Justiça*. Instituto Piaget; 1995. p. 49-61.

¹⁶ *Ibid.*, p. 60

responsabilidade no campo moral, inclui, para além da noção jurídica que a palavra comporta, a noção de cuidado e prudência.

Ricoeur entende que o conceito de responsabilidade deve ir além da tradicional imputação e incluir o cuidado, a solidariedade, a amizade que devem compor a responsabilidade sobre o outro, bem como a previsão e a avaliação das implicações da ação humana em sentido de prudência que também existe na responsabilidade.¹⁷

Conforme nos alerta Patrão Neves, a reflexão filosófica de Paul Ricoeur promove uma articulação entre a responsabilidade pelo outro (Levinas), a responsabilidade pelo futuro (Jonas), com a exigência de reparação e punição decorrentes da imputabilidade, através da mediação da prudência.¹⁸

Responsabilidade no contexto da Neonatologia

Tendo em consideração as ideias dos autores referidos, podemos afirmar que a Responsabilidade tem um papel fundamental no contexto da Neonatologia. Na análise da sua aplicação a esta especialidade médica, tomamos como elemento-chave o Outro, o impacto do seu exercício e o papel central da prudência:

- 1) *objeto* da nossa responsabilidade é o Outro (pensamento de Levinas), neste caso o recém-nascido, doente, frágil, sem evidente capacidade de comunicar ou expressar a sua vontade, totalmente dependente dos nossos cuidados e tratamentos (expressão máxima do Ser vulnerável) e os pais, que têm o seu filho internado e se encontram também em condição de fragilidade e vulnerabilidade.
- 2) As *repercussões* da responsabilidade, do agir responsável, sobre o

¹⁷ JUNIOR, J. B. F; HANS, Jonas; PAUL, Ricoeur: a ética da responsabilidade à luz da alteridade. **Sapere Aude – Revista de Filosofia**, v. 4, n. 243253, 2013.

¹⁸ PATRÃO-NEVES, M. do C. *Op. Cit.*, 2001, p. 851–70

futuro (pensamento de Jonas), seja o futuro do próprio recém-nascido, com toda a incerteza do prognóstico a que já nos referimos, seja o dos pais (relacionado com possíveis sequelas e implicações na sua vida futura), bem como de outros bebês que possam necessitar de cuidados intensivos. Poderemos ainda refletir sobre os tratamentos e substâncias usados no decurso do internamento cujos efeitos (alguns ainda muito pouco estudados) podem ter repercussões futuras, quer nos doentes quer no ambiente (antibióticos, gases inalados como óxido nítrico, hélio, entre outros).

- 3) A *prudência* que deve estar presente no processo da tomada de decisões (prudência Ricoeuriana) através do recurso a protocolos, *scores* e *guidelines*, orientadores no modo de atuação, seguindo as normas e códigos deontológicos inerentes à profissão (Ordem dos Médicos: Regulamento n.º 707/2016; Ordem dos enfermeiros: Lei n.º 156/2015).

Para além destes elementos-chave, definimos ainda três categorias de Responsabilidade: a presente, a retrospectiva ou passada e a futura ou prospetiva. A responsabilidade atual inclui o dever ético do médico no agir responsável perante a situação clínica atual. A responsabilidade retrospectiva engloba a avaliação das ações empreendidas em reflexão conjunta da equipa no que respeita às escolhas terapêuticas e intervenções tomadas. A responsabilidade futura ou prospetiva diz respeito à avaliação do doente e da sua família (pais e eventualmente irmãos), pós internamento na unidade de cuidados intensivos. Todos estes tipos de responsabilidade estão interligados e deverão ser considerados para análise e reflexão sobre a responsabilidade das ações do profissional no presente, bem como sobre medidas corretivas ou preventivas que possam ser

tomadas em situações futuras.^{19,20,21}

No âmbito da medicina, no estabelecimento da relação entre o médico e o doente, Ricoeur faz referência ao que denomina “três níveis do juízo médico”: o nível prudencial (aplicado na relação interpessoal do doente com o médico, cujo pilar é a confiança), o nível deontológico (normas do código deontológico, com a função de uniformizar e universalizar procedimentos, direitos e deveres, protegendo quer os doentes quer os médicos no caso de eventuais conflitos) e o nível reflexivo, metaético (no sentido da legitimação dos juízos prudenciais e deontológicos) no qual se reflete sobre termos e conceitos que são centrais aos cuidados de saúde, nomeadamente: saúde, corpo, doença, felicidade, justiça, autonomia, vulnerabilidade, integridade e responsabilidade. No primeiro nível, é estabelecido um pacto de cuidados que assenta na confiança, sendo criada uma espécie de aliança entre o médico e o doente, dirigida contra o denominado inimigo comum, a doença. Ora esta aliança pode conter fragilidades, e surgir a desconfiança, daí a transição para o nível seguinte, ou seja, deontológico. Ainda no nível prudencial, Ricoeur chama a atenção para a singularidade de cada pessoa, que por sua vez é indivisível, no sentido de um Ser (bio-psico-social) por inteiro, (e não um somatório de órgãos). Acresce ainda a chamada “estima de si”, o respeito e reconhecimento do seu valor, da sua dignidade. No caso em que os cuidados impliquem hospitalização, o doente pode regredir a comportamentos de alguma dependência (casos de doenças graves ou potencialmente fatais) e o cuidador pode ter comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente. Assim a aliança estabelecida

¹⁹ GRACIA, D. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 6, n. 3, p. 227-33, 2003.

²⁰ GRACIA, D. The many faces of autonomy. **Theoretical Medicine and Bioethics**, v. 33, n. 1, p. 57-64, 2012.

²¹ MCMILLAN, R. C. Responsibility to or for in the physician-patient relationship? **Journal of Medical Ethics**, v. 21, p. 112-5, 1995.

implica uma responsabilidade partilhada. O nível deontológico ou normativo caracteriza-se pelas regras do segredo médico, do direito do doente ao conhecimento da verdade e do consentimento informado. O terceiro nível (reflexivo) revela as fragilidades da ética médica, expondo a estrutura conflitual das “fontes” da moral comum.²²

Como poderemos operacionalizar e qual a relevância destes níveis de juízo médico no contexto da Neonatologia?

O internamento de um recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos raramente é programado, no entanto, há situações em que, por patologia materna ou mesmo por problemas diagnosticados *in utero*, a mãe (o casal) aceita a orientação em determinado centro/hospital e consequentemente eventual internamento na unidade de cuidados intensivos desse mesmo hospital. Fica assim estabelecido um acordo tácito, uma aliança, um pacto de confiança, entre os pais e elementos da equipa de Obstetrícia e Neonatologia (e eventualmente de outras especialidades). Idealmente, os vários intervenientes, em reunião conjunta multidisciplinar, com o acordo e aceitação do casal, estabelecem um plano de atuação, que poderá incluir internamento, avaliações e exames previamente discutidos. Poderemos definir este nível como o **prudencial**. Tal como alertou Ricoeur, este patamar não é isento de fragilidades, as quais podem passar pela situação clínica da mãe, condicionante de estado de vulnerabilidade, dificuldades de comunicação ou criação de expectativas não realistas por parte dos pais (as quais podem não ser percebidas por todos os intervenientes), entre outras. Fragilidades estas que podem eventualmente condicionar desconfiâncias e mesmo conflitos ulteriores. Em contextos particularmente complexos salientamos a importância da comunicação no garante da confiança que se pretende

²² RICOEUR, P. **Os Três níveis do Juízo Médico**. Lusosofia. Press; 2010

estabelecer.

Num segundo nível, o **deontológico**, os médicos ou a equipa multidisciplinar (que poderá ser constituída por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos) regem a sua atuação à luz do melhor conhecimento e das *guidelines* nacionais e internacionais bem como pelas normas e códigos deontológicos próprios das suas áreas de especialização e da instituição hospitalar. Particular atenção deve ser dada ao segredo médico e poderemos discutir como tal será possível manter, neste contexto particular de multidisciplinaridade e mesmo interdisciplinaridade. Surgem por vezes casos, em que as informações podem ser transmitidas em diferentes momentos e por diferentes profissionais, podendo estar comprometida a correta e adequada informação dada ao doente, neste caso à mãe ou ao casal. A questão do consentimento informado terá de ser equacionada pelos profissionais diretamente responsáveis pelo ato/atos que propõem realizar. O nível **reflexivo**, eventualmente poderá expor a heterogeneidade e as fragilidades de todo este processo, desde o pré-natal até ao nascimento e posterior internamento do RN na unidade de cuidados intensivos. Ocasionalmente pode apenas ser realizado numa fase posterior à desejada e ideal (surgindo no momento de queixas, reclamações ou conflitos).

Apesar da maioria das vezes este processo decorrer de forma esperada, atendendo à sua complexidade e envolvimento de vários elementos no processo de tomada de decisão, consideramos este um exemplo paradigmático da importância do conhecimento destes aspetos da bioética, ciência ainda em fase embrionária nesta área particular dos

cuidados de saúde.^{23,24,25}

No decurso do internamento de um recém-nascido em cuidados intensivos, vários poderiam ser os exemplos que evidenciam a relevância dos conceitos definidos por Ricoeur. O nível prudencial enfatiza o acordo, a aliança e o pacto de confiança que se estabelece entre os pais do recém-nascido e a equipa médica que cuidará e será responsável pelo diagnóstico, orientação e estabelecimento do plano terapêutico. Neste ponto queremos destacar o Ser recém-nascido (singular e único) que está ao nosso cuidado, inserido na sua família e na sua história, também ela única e particular.

A maioria das vezes este internamento não é programado, mas sim feito em situação de urgência ou mesmo emergência, com os inerentes condicionalismos na comunicação e no consentimento informado. O plano (diagnóstico e terapêutico) estabelecido, incluído no nível deontológico, segue os protocolos e *guidelines* institucionais, suportados pelos consensos e protocolos nacionais e internacionais, segundo a *legis artis*, tendo em conta o código deontológico. O nível reflexivo impõe uma avaliação de todo o processo, das medidas tomadas bem como do prognóstico. Neste nível estão incluídas as reflexões sobre o impacto (do agir responsável) e as repercussões (presentes e futuras) para o recém-nascido, bem como para a sua família.

Segundo Atlan, a responsabilidade constitui um fundamento da condição humana, “devo responder pelo que faço”, bem como “por aquilo que sou”. Assim, “a responsabilidade não se reduz a uma categoria jurídica ou a um sentimento sobre o qual se baseia o juízo moral”.²⁶

²³ de PANFILIS, L.; MERLO, D. F.; SATOLLI, R.; PERIN, M.; GHIROTTTO, L.; COSTANTINI, M. Clinical ethics consultation among Italian ethics committee: A mixed method study. **PLoS One**, v. 14, n. 12, p. 1-10, 2019.

²⁴ STANAK, M. Professional ethics : the case of neonatology. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 22, n. 2, p. 231-8, 2019.

²⁵ Nuffield Council of Bioethics. Disagreements in the care of critically ill children. 2019

²⁶ ATLAN, H. **Será a Ciência Inumana? Ensaio Sobre a Livre Necessidade**. Instituto Piaget, 2002

Segundo este autor, estar-se encarregue de alguma coisa implica ter de responder por ela, pelo sucesso ou fracasso, bem como pelas eventuais consequências.

Nos casos de elevada complexidade com envolvimento multidisciplinar, quem é o responsável pela tomada de decisão? O profissional? (qual?) O casal? Na UCIN, com equipas constituídas por médicos com diferentes níveis de formação (internos de especialidade, médicos com diferentes graduações), enfermeiros, de quem é a responsabilidade? Que responsabilidade cabe a cada interveniente?

O médico e o enfermeiro são sempre responsáveis pelas suas atividades, quaisquer que sejam as circunstâncias em que sejam exercidas. A tendência atual para a tomada de decisões partilhada não significa que a responsabilidade do médico diminua inversamente à do doente que participa na decisão. Todos os agentes implicados são responsáveis, *a priori*, pelo facto de terem participado na ação. “Todos somos responsáveis pelo que fazemos, incluindo coisas que se fazem através de nós e que não escolhemos fazer”²⁷. Nos cuidados intensivos neonatais, com equipas constituídas por diversos elementos, cada um deverá ser responsável pelos seus atos. No entanto, a responsabilidade do líder da equipa não pode ser delegada para os outros elementos, embora a sua participação e suporte seja desejada e válida. “Sou responsável pelos atos cometidos por quaisquer pessoas que estejam sob a minha responsabilidade”²⁸. O médico é responsável pelo doente que tem a seu cargo, ao seu cuidado. Ao instituir um tratamento, deve ser tido em conta como esta decisão poderá afetar o doente. Conforme nos recorda Pelegrino, mesmo na era dos “cuidados de equipa”, a responsabilidade não pode ser desviada para outros, nem mesmo para as comissões de ética. O (médico) que assina (prescreve) um

²⁷ *Ibid*, p. 52

²⁸ *Ibid*, p. 53

tratamento, um cuidado, é responsável do ponto de vista legal e moral.²⁹

Ao abordar a temática da responsabilidade importa saber como se articula a responsabilidade no plano científico e profissional com a responsabilidade ética. Como refere Gracia, “um dos objetivos da ética é tornar os seres humanos capazes de tomar decisões autónomas e responsáveis pelo dever moral e não por outras motivações como a conveniência, a obediência, o conforto ou satisfação pessoal”.³⁰

A responsabilidade dos profissionais que exercem as suas funções em cuidados intensivos, deverá ser uma responsabilidade para além da dimensão científica (formação) e profissional (competência). Ser um bom profissional do ponto de vista de competências técnicas e de desempenho é diferente de ter responsabilidade face à fragilidade e à vulnerabilidade de quem cuidamos.

Em Neonatologia, encontrar o melhor caminho para honrar esta responsabilidade constitui um enorme desafio, tendo em consideração os vários componentes de cenários de elevada complexidade: o doente (recém-nascido), os pais, os médicos, enfermeiros e outros elementos da equipa, os seus valores morais e obrigações legais, bem como as expectativas da família e da sociedade.³¹

Ter capacidade de reconhecer, interpretar e integrar no exercício profissional as narrativas daqueles de quem cuidamos, agindo em resposta ao sofrimento, são os pilares da Medicina Narrativa. Neste sentido, desenvolver um novo olhar com aquisição de competências nesta área poderá contribuir para um cuidado mais humanizado, responsável e mais centrado na Pessoa.

²⁹ PELLEGRINO, E. D. Medical ethics in an era of bioethics: Resetting the medical profession's compass. **Theoretical Medicine and Bioethics**, v. 33, n. 1, p. 21-4, 2012.

³⁰ GRACIA, D. *op. cit.*

³¹ ORZALESI, M. M; Cuttini M. Ethical issues in neonatal intensive care. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanità**, v. 47, n. 3, p. 273-7, 2011.

BIOÉTICA DE PROTEÇÃO: UMA ANTIGA E NOVA FERRAMENTA PARA O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA?

Fermin Roland Schramm

“Quanto mais inerte o governo, mais necessária é a responsabilidade de cada um pelos gestos que nos protegem e protegem os outros. Ninguém pode fazer isso em nosso lugar”.

(Cardoso, F. H. Tempestade e bonança, *O Globo*, 1/11/2020, p. 9)

Introdução

A citação inicial de um ex-presidente da República associa o conceito de proteção com aquele de responsabilidade, o que pode nos remeter ao “princípio responsabilidade” pensado por Hans Jonas, que o considera um imperativo moral “adequado” da contemporaneidade para poder garantir “um novo tipo de agir humano”, cujos efeitos “sejam compatíveis com a permanência da uma autêntica vida humana sobre a Terra”¹. Aplicada esta vinculação entre dever de ser responsável por aquilo que se faz, consigo e com o outro, ao campo da ética aplicada e, em particular, da bioética, podemos entrar no mérito de nossa apresentação, começando com uma definição daquilo que aqui se entende por *bioética*, e tentar mostrar que esta forma de saber-fazer pode ser vista como uma ferramenta, e, para alguns autores, até como um novo paradigma “para qualquer homem desejoso de refletir nas questões éticas suscitadas pelas tecnociências contemporânea”². Um paradigma que pode servir também

¹ JONAS, H. **O princípio responsabilidade** [1979]. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006.

² HOTTOIS, G. **O paradigma bioético. Uma ética para a tecnociência**. Lisboa: Ed. Salamandra, 1992, p. 135.

para poder avaliar a moralidade das práticas que envolvem conflitos no campo da saúde e que seja orientada pelo princípio da qualidade de vida, podendo tornar-se “um possível universo discursivo para uma ética em Saúde Pública”³.

A bioética: uma ética aplicada

De acordo com uma visão sintética e abrangente do objeto deste texto, a bioética pode ser vista como sendo uma ética aplicada à moralidade inscrita nas práticas humanas que podem ter efeitos, considerados negativos e, muitas vezes, irreversíveis, sobre os seres vivos; em particular, sobre indivíduos e populações humanas considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e biotecnocientíficos, socioculturais e biopolíticos, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas; e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los racionalmente, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral razoável, mais adequadas para proscrever os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais.

Consideramos que esta definição sintetiza bastante bem o que a bioética é ou, talvez, pretenda ser, pelo menos em um tipo de sociedade – como a brasileira – que, pelo menos nominalmente, é, desde a Constituição de 1988, uma sociedade secular, democrática e pluralista.

³ SCHRAMM, F. R. **A terceira margem da saúde. Ética, natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996, p. 221.

Mas, como qualquer definição, esta definição sintética deve ser também analisada, ou – se preferirmos – *desconstruída* em seus componentes, ou seja, ao mesmo tempo destruída em seus aspectos considerados obsoletos e reconstruída em suas novas articulações conceituais na argumentação produzida, que tem a ver, muitas vezes, com as “margens” onde se situam os “excluídos” no “próprio movimento da atenção ao outro”, que implica sempre alguma forma de justiça, com suas aplicações de regras nas decisões, assim como sua suspensão em casos específicos, pois a “desconstrução” implica, muitas vezes, uma “estratégia radicalmente política” que consiste em “deslocar e reelaborar aquilo que sempre tem sido minorizado, oprimido, reprimido, desprezado [e faz] aparecer que aquilo que é dominado transborda e constitui aquilo que o domina”⁴, visto que “a desconstrução já está empenhada, comprometida com [a] exigência de justiça infinita [que] se endereça sempre a singularidades, à singularidade do outro, apesar ou mesmo em razão de sua pretensão à universalidade”, mas mantendo também “sempre vivo um questionamento sobre a origem, os fundamentos, e os limites de nosso aparelho conceitual, teórico ou normativo em torno da justiça [e que] é, do ponto de vista de uma desconstrução rigorosa, tudo salvo uma neutralização do interesse pela justiça, uma insensibilidade à justiça”⁵. Sendo que tais componentes devem, por sua vez, serem analisados e confrontados com nossa experiência, entendida seja em sentido próprio - como aquilo que vivenciamos em nossa corporalidade - seja em sentido metafórico – como aquilo que imaginamos e simbolizamos com nossas construções mentais ordinárias (ou do senso comum) e específicas (ou especializadas).

Para tanto, em minha análise, pretendo *desconstruir* o conceito

⁴ GOLDSCHMITT, M. **Jacques Derrida, une introduction**. Paris: Pocket, 2003, p.22.

⁵ DERRIDA, J. **Força de Lei**. São Paulo: Martins Fontes, 2007, p. 37.

sintético de bioética, apresentando os três conceitos subjacentes de “aplicabilidade”, “qualidade de vida” e “proteção”. Mas, para poder fazer isso, é necessário ter um ponto de vista e, no meu caso, um duplo ponto de vista, pois atuo, em minha prática profissional, como bioeticista em uma instituição de saúde pública, como é o caso da ENSP/FIOCRUZ.

Assim sendo, a bioética entendida como ética aplicada se distingue, evidentemente, das formas de ética não aplicada, como poderia ser uma ética meramente teórica, que de fato existe, desde as primeiras décadas do Século XX, na forma da *metaética*, a qual se ocupa essencialmente de questões formais, ou seja, da utilização considerada formalmente correta dos conceitos e dos argumentos em campo. Entretanto, embora a metaética seja um componente importante e indispensável para pensar e organizar corretamente a problemática ética envolvida pela prática humana que envolve seres vivos - em particular seres humanos - e, sobretudo, para analisar, de forma racional e, na medida do possível, imparcial, os conflitos inscritos em tais práticas, ela é só uma parte das atividades que a bioética pretende ter. Ou seja, embora a ferramenta metaética seja um ingrediente indispensável para poder realizar a tarefa (a) (a análise racional e imparcial de um conflito moral), tarefa que considero a condição necessária da prática bioética, ela é insuficiente, haja visto que devem ainda ser satisfeitas as tarefas (b) (tentar resolver os conflitos em pauta) e (c) (proteger os envolvidos). Assim sendo, a ética aplicada não se resume – como o termo “ética aplicada” indica - à mera análise conceitual e à avaliação da consistência argumentativa nos casos de conflitos morais, representada pela metaética, embora precise dos serviços desta para que os argumentos sejam formalmente corretos, isto é, inteligíveis para qualquer ser racional e, portanto, aceitáveis pelo menos cognitivamente. Em suma, se aceitarmos que a bioética é uma ética aplicada e se aceitarmos, também, que os aspectos formais, representados pelas

ferramentas fornecidas pela metaética, estes podem ser considerados necessários, mas não suficientes, para dar conta da totalidade representada por uma prática ética, ou seja, para que ela não seja somente inteligível, mas também aceitável por qualquer agente moral razoável, devemos outrossim aceitar que a forma de ética aplicada, representada pela bioética, coloca uma questão, a ser analisada e, eventualmente criticada, acerca da tradicional separação entre teoria e prática, que a ética aplicada justamente recusa e pretende ultrapassar.

A bioética: uma abordagem linguística

Mas, depois de termos definido e justificado a expressão da bioética como ética aplicada, surge a pergunta sobre o objeto ao qual ela se aplica. De acordo com a filologia do termo “bioética”, esta é comumente definida como “ética da vida”, de acordo com o significado dos dois termos gregos que formam a palavra: *bíos* e *ethiké*. Mas, também neste caso, a definição é problemática, sobretudo se pensarmos que em grego nosso termo *vida* (que deriva diretamente do latim *vita*) era indicado com duas palavras diferentes: *ζοή* e *bíos*, que tinham também significados diferentes, pois o termo *ζοή* indicava a vida meramente orgânica, compartilhada por todos os seres vivos, ao passo que o termo *bíos* referia-se a um tipo de vida especificamente humana, isto é, à vida de relação e, em particular, à vida moral, a qual só faz sentido quando se considere a relação entre um eu e um outro (ou um tu), logo tendo a ver com a qualidade desta relação, a qual poderá ser avaliada, por exemplo, em termos de “qualidade de vida”.

Por fim, tendo definido a bioética como ética aplicada às práticas humanas que podem afetar de maneira significativa e irreversível outras vidas, com as quais um *agente* moral (isto é, um *eu* ou um *nos*) entra em

contato e que poderão, então, ser considerados como *pacientes* morais (constituídos por um *tu*, um *outro* ou os *outros*), no sentido de serem suscetíveis de “sofrer” (é isso que significa o termo paciente, do latim *patire*) as conseqüências dos atos do agente moral, surge inevitavelmente uma ulterior pergunta da razão prática. Trata-se da questão acerca daquilo que a bioética, enquanto ferramenta ao mesmo tempo teórica e prática, pode oferecer a todos os pacientes morais envolvidos em uma ação, para que eles sejam suficientemente protegidos em seus interesses e desejos legítimos, ou seja, para que lhes seja permitido viver com uma qualidade de vida por eles apreciável. Assim sendo, a bioética pode ser vista como tendo uma outra dimensão relevante e consistente em evitar que um ato humano sobredetermine a já consubstancial vulnerabilidade de um ser vivo, tornado-a, adicionalmente, ameaça e desamparo. Em outros termos, se a bioética tem uma vocação específica, esta é, em nossa opinião, a vocação de ser uma “guarda” e constituindo-se, portanto, como uma ferramenta para “proteger” os sujeitos envolvidos em alguma prática humana que afeta de maneira significativa a saúde e o bem-estar desses sujeitos ou entes vivos.

É neste sentido – acredito – que a bioética pode ser considerada um novo paradigma para a avaliação ética das práticas humanas no campo da saúde, inclusive em seus aspectos especificamente sanitários, isto é, referentes à saúde pública (ou, como preferem alguns, à saúde coletiva)⁶.

⁶ De acordo com a ABRASCO “A Saúde Pública toma como objeto de trabalho os problemas de saúde, definidos em termos de mortes, doenças, agravos e riscos em suas ocorrências no nível da coletividade. Nesse sentido, o conceito de saúde que lhe é próprio é o da ausência de doenças. A Saúde Coletiva, por sua vez, toma como objeto as necessidades de saúde, ou seja, todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade”. [<https://www.ufg.br/n/82100-saiba-a-diferenca-entre-saude-coletiva-e-saude-publica>]

Ponto de vista sanitário e ponto de vista bioético como balisadores da aplicabilidade do paradigma protetor

O objeto em foco nesta apresentação – o paradigma protetor – pode ser “mostrado” a partir de dois pontos de vista, que consideramos ambos pertinentes quando tratamos de saúde e de qualidade de vida das pessoas e populações humanas: o ponto de vista da saúde pública/coletiva e o da bioética, que caracterizamos aqui como devendo ser, adicionalmente, laica. Ambos os pontos de vista podem ser vistos como sendo ao mesmo tempo distintos – mas não disjuntos – e vinculados – mas não confundidos entre si nem subsumidos um ao outro – devendo-se, portanto, encará-los numa relação que se pode definir como “complexa”.⁷

Com efeito, se, por um lado, devemos logicamente manter os dois pontos de vista distintos para não infringir a *lei de Hume* e evitar incorrer numa *falácia naturalista* – que interdita inferir normas de comportamento a partir de práticas factuais existentes, isto é, inferir o que deve (ou deveria) ser daquilo que é (ou supostamente é) – e considerando, também, que o saber-fazer da saúde pública/coletiva não pode, a rigor e de maneira inofismável, oferecer *per se* sistemas normativos objetivos, capazes de avaliar - de maneira racional e imparcial - suas práticas em saúde, por outro lado, podemos considerar os dois pontos de vista como complementares, e isso por duas boas razões.

Em primeiro lugar, porque os dois pontos de vista possuem pelo menos um referente comum, constituído pela preocupação compartilhada do “bem-estar” das populações humanas (na linguagem sanitária) ou da “qualidade de vida” (na linguagem da bioética laica), podendo-se,

⁷ SCHRAMM F. R. Eugenia, eugénica e o espectro do eugenismo. Considerações atuais sobre biotecnociência e bioética. **Bioética**, v. 5, n. 2, p. 203-220, 1997.

portanto, considerar tal referente como um denominador comum, ainda que abordado a partir de olhares distintos (mas não separados).

Em segundo lugar, porque os dois pontos de vista podem coexistir num mesmo tipo de ator social – que chamaremos de “sanitarista” – mas que pode também possuir conhecimentos específicos em filosofia moral – podendo, portanto, ser chamado de eticista – e que poderia, a rigor, ser chamado de “bioeticista sanitaria” ou “sanitarista bioeticista”. De fato, esta nova figura profissional pertence a um novo tipo de recurso humano, que algumas instituições acadêmicas tentam formar desde os anos 1990 do Século XX, como é, por exemplo, o caso da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Ou seja, os dois pontos de vista do sanitaria e do bioeticista podem servir para definir um tipo de profissional que seja ao mesmo tempo competente no saber-fazer sanitário e no saber-fazer bioético. E isso é logicamente possível porque um mesmo sujeito pode ser simultaneamente sujeito epistêmico e sujeito ético, ou seja, competente num saber específico (neste caso: o sanitário) e num outro saber também específico (o bioético), delineando, assim, um novo perfil profissional para a academia, para os Comitês de Ética em Pesquisa, os Comitês de Ética Hospitalar e ao vários Conselhos e Comissões de Bioética.

No entanto - para evitar equívocos e confusões de níveis de pertinência - deve-se precisar que o bioeticista (e o filósofo moral - o eticista em geral) não deve ser pensado como devendo necessariamente coincidir (embora isso possa ser considerado desejável por motivos de coerência e/ou razões pedagógicas) com a pessoa moral, a qual só poderá ser considerada tal de acordo com algum sistema de valores vigente (ou eventualmente “emergente”), sendo que o mesmo tipo de raciocínio vale também, *mutatis mutandis*, para o sanitaria, entendido como profissional de saúde e que pode ser também a pessoa que respeita, em suas práticas

quotidianas, as diretrizes e recomendações sanitárias em suas práticas como cidadão (como parecer ser aquelas propostas para enfrentar a atual pandemia). Em suma, o especialista em ética aplicada não se confunde com a pessoa que é particularmente “ética” em seus comportamentos e que poderia, portanto, ser um modelo de moralidade a ser seguido: a figura do eticista e aquela da pessoa moral devem ser distintas. O eticista tampouco se confunde com o “moralista”, que via de regra é aquele tipo de sujeito que diz aos outros o que deve ser feito para poder ser considerado “moralmente correto” e que pode ser entendido possuindo conotações negativas (como na linguagem do senso comum).

Esta discrepância, sempre possível – visto que não existe necessariamente solução de continuidade entre saber algo e pô-lo em prática - implica, evidentemente, numa série de questões que vão além da ética e da bioética, entrando, por exemplo, no campo da política e da biopolítica; no entanto, não é nossa tarefa abordá-las diretamente aqui, pois isso fugiria de nosso escopo neste texto. Mas, afirmar isso, sem mais, é também insatisfatório, pois, para a ética e, em particular, para a ética aplicada, teoria e prática não podem ser disjuntas, ainda que academicamente possamos distinguir âmbitos de pertinência distintos, como as tradicionais “teorias éticas”, a “metaética” e as várias “éticas aplicadas”, as quais – justamente por serem “aplicadas” – deverão dar-se ao trabalho de pensar algum tipo de vinculação entre teoria e prática; caso contrário, poderão ser legitimamente subsumidas a um dos outros âmbitos de pertinência ou serem consideradas como francamente inúteis. E este é certamente o caso da bioética laica, como a entendemos aqui, e, talvez, também, em alguma medida, aquele da saúde pública, se entendermos o sanitarista como profissional capaz de entender os problemas de saúde das populações humanas e que entende a saúde como ausência de doença e seja capaz de propor medidas para enfrentá-los

concretamente, ocupando-se das condições para garantir a qualidade de vida de indivíduos e populações de humanos.

Assim sendo, e considerando que um ponto de vista implica sempre também uma prática que não pode ser meramente teórica, nem, por assim dizer, “desencarnada”, tanto o saber sanitário como o saber bioético são, de fato, formas de *saber-fazer*, isto é, saberes que necessariamente implicam num fazer situado na *práxis*, entendendo aqui este termo como o agir de um agente sobre eventuais pacientes. Com efeito, o principal objetivo prático do sanitarista é garantir, em última instância, um razoável bem-estar às populações sob sua responsabilidade, desenvolvendo políticas públicas razoáveis de prevenção do adoecimento evitável, de promoção de estilos de vida considerados saudáveis e de prevenção do adoecimento. Isso de acordo com uma série de ferramentas e competências tais como dados biológicos e epidemiológicos confiáveis ou fidedignos; os recursos efetivamente disponíveis e que devem ser equitativamente alocados; as necessidades e desejos legítimos da população, as necessidades específicas de grupos e indivíduos (como portadores de patologias particulares) e o que se pode chamar (com um termo talvez demasiado impreciso) a conjuntura “global”, a qual diz respeito às políticas internacionais de tipo econômico, de desenvolvimento, de investimento em ciência e tecnologia, mas também a outros fatores, como o ecológico. Portanto, pode-se dizer também que o ponto de vista sanitário tem sempre alguma forma de preocupação com a *proteção* da saúde e do bem-estar das populações humanas consideradas em seus contextos reais, definidos, conjuntamente, pelas necessidades, os desejos, a disponibilidade de recursos num contexto globalizado (amplamente definido) e que pode retroagir, positiva ou negativamente, sobre uma situação sanitária específica. De fato, como lembrou recentemente a jornalista Miriam Leitão, esta preocupação está contida na

própria Constituição, que, em seus artigos 196 e 200, define “os direitos e deveres do Estado na Saúde”, sendo que “as políticas públicas (...) devem reduzir o risco à doença e oferecer serviços de proteção”.⁸

Por sua vez, a bioética de inspiração laica considera conceitualmente pertinentes e moralmente legítimos o princípio de autonomia das pessoas (que lhes outorga o direito de decidirem sobre questões essenciais referentes as suas vidas) e o pluralismo democrático (consubstancial às sociedades seculares e cujas instituições devem necessariamente ser laicas). Com efeito, ambos parecem se coadunar melhor à assim chamada “condição pós-moderna” das sociedades complexas contemporâneas⁹, nas quais não vigeria mais um único metarrelato geral capaz de dar conta dos vários relatos particulares, nem um único paradigma ético, capaz de subsumir as várias éticas específicas, que, de fato, constituiriam sempre uma pluralidade de sistemas *prima facie* coerentes de valores, normas, deveres e direitos, nem sempre comensuráveis entre si *a priori*, mas, eventualmente, “negociados” *a posteriori*, desde que seja respeitada também pelo menos a desejável tolerância das diferenças, senão o mais engajado reconhecimento recíproco entre agentes e comunidades morais¹⁰, considerados indispensáveis para tentar resolver as inevitáveis controvérsias de valores destacadas pelos assim chamados filósofos “pós-modernos”.¹¹ Em suma, considerando que nas sociedades secularizadas e multiculturais contemporâneas é pelo menos contra-intuitivo pressupor um único sistema de valores ou de normas morais válido para todos os cidadãos e

⁸ LEITÃO, M. **Uma nova onda e o mesmo tormento**, O Globo, 20/11/2020, p. 26. [<http://www.fundacaoastrojildo.com.br/2015/2020/11/20/miriam-leitao-uma-nova-onda-e-o-mesmo-tormento/>]

⁹ LYOTARD, J. F. **La condition postmoderne. Rapport sur le savoir**. Paris: Editions de Minuit, 1979.

¹⁰ TAYLOR, C. **A política do reconhecimento**. In: ID. *Argumentos filosóficos*. São Paulo: edições Loyola, 2000, p. 241-274.

¹¹ LYOTARD, J. F. **Le différend**. Paris: Editions de Minuit, 1983.

em qualquer circunstância – isto é valores de fato *absolutos* e *eternos* – a bioética laica acaba coincidindo com a percepção de quem pensa que, neste tipo de sociedades, só podem existir sistemas de comportamento e diretrizes não mais “fortes”, mas “fracos”, pois esta seria a única maneira de resolver pacificamente seus conflitos.¹²

Entretanto, visto que a forma de ética aplicada chamada bioética - em particular sua vertente laica - considera cognitivamente pertinente e moralmente legítimo que sua função social seja tanto de tipo *analítico* (ou crítico) como de tipo *normativo*¹³, ou seja, ao mesmo tempo capaz de analisar - de maneira racional e, até onde for possível, imparcial - os conflitos de interesses e valores que inevitavelmente surgem nas sociedades complexas, seculares, democráticas e pluralistas atuais, e de *prescrever* os comportamentos desejáveis e *proscrever* aqueles que podem ser considerados prejudiciais a um convívio aceitável por qualquer agente moral suficientemente racional, razoável e disposto ao diálogo e a acordos, pode-se dizer que tanto a autonomia pessoal quanto o pluralismo ético devam necessariamente ser respeitados de *facto*.¹⁴ Mas isso traz, inevitavelmente, novos problemas e desafios, pois não é evidente – como parece pretender a concepção liberal – que o respeito simultâneo de todas as autonomias individuais e, conseqüentemente, a consideração imparcial de cada interesse legítimo (é isso que a princípio constitui uma sociedade democrática pluralista), seja suficiente para equacionar os conflitos que, inevitavelmente, surgem em tais sociedades e que não podem, sem mais, serem resolvidos por alguma instância de autoridade válida a priori e em todas as circunstâncias.

¹² VATTIMO, G.; ROVATTI, P. A (org.). **Il pensiero debole**. Milano: Editore Feltrinelli, 1983.

¹³ MORI, M. **Bioética. 10 temi per capire e discutere**. Milano: Edizioni scolastiche Bruno Mondadori, 2002.

¹⁴ FLAMIGNI, C, MASSARENTI, A, MORI, M & PETRONI, A. 1996. Manifesto di bioética laica, **Sole 24 Ore**, 9 de junho de 1996.

Por fim, a bioética laica (assim como a saúde pública), se preocupa com a “qualidade de vida” (ou “bem-estar”) tanto individual como coletiva, considerando que isso lhe outorga suficiente legitimidade moral e social para analisar, de maneira crítica, os conflitos de interesses e de valores que surgem no tecido social, e propor ferramentas normativas, razoáveis e socialmente aceitáveis, capazes de dirimir tais conflitos.

No entanto, as funções analítica e normativa da bioética podem ser vistas também como implicando, por sua vez, numa terceira função - ao mesmo tempo anterior às duas primeira e resultado delas¹⁵ - consistente em preservar – pela proteção dos atores envolvidos - a complexidade das sociedades democráticas contemporâneas, nas quais os conflitos de interesses e valores não podem ser dirimidos, simplesmente, *a priori*, pela satisfação da vontade do mais forte ou o poder da maioria, mas, mais razoavelmente, *a posteriori* ou *in fieri*, por acordos “pacíficos” entre os indivíduos e grupos humanos diretamente envolvidos em conflitos de interesses e valores.

Ademais, tanto o ponto de vista da saúde pública como aquele da bioética laica admitem como válido *prima facie* que o progresso da cultura técnico-científica (e aqui devemos incluir todas as pesquisas e a fabricação de novos produtos e procedimentos terapêuticos) constitui um bem que possui um valor ético fundamental, pois tal progresso corresponde a uma aspiração legítima do ser humano, ainda que se possa, pertinentemente, levantar também suspeitas sobre os reais benefícios, em termos de bem-estar para todos, da incorporação de ciência e tecnologia nas políticas sanitárias. E isso considerando, sobretudo, que muitos dos problemas em saúde pública dependem menos da incorporação de novos saberes e técnicas, inclusive de novos medicamentos e procedimentos nas políticas

¹⁵ SCHRAMM, F. R. Bioética para quê? **Revista Camiliana da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 14-21, 2002.

sanitárias padrão, mas, sim, da solução de antigas “mazelas” (como a falta de esgotos sanitários e de acesso à água potável) decorrentes da situação de pobreza e exclusão social, além de dependerem também da incompetência e de outras razões que, no entanto, não são específicas da saúde pública. Assim sendo, mesmo aceitando este argumento como sendo *prima facie* válido, pode-se também contra-argumentar dizendo que o verdadeiro desafio, tanto para a saúde pública como para a bioética laica, não é tanto escolher entre a incorporação tecnológica e resolver os problemas decorrentes do subdesenvolvimento, mas sim, o de agir nas duas frentes, pois se deixássemos de utilizar as possibilidades oferecidas pelas novas tecnologias isso poderia implicar em termos que nos responsabilizar pelo bem que deixamos de fazer e que poderíamos ter feito.¹⁶ Este é certamente um argumento moral de peso, mesmo que ele deva ser, evidentemente, equacionado, com a espinhosa questão da alocação equitativa dos recursos efetivamente disponíveis.

No entanto, embora certamente relevante moral e eticamente, esta questão deve ser abordada também - de acordo com o antigo *A Política* e a *Ética a Nicômaco* de Aristóteles – do ponto de vista da “virtude arquitetônica” que deve reger as relações interpessoais e cidadãs, isto é, do ponto de vista da *justiça* e de suas eventuais reinterpretações contemporâneas em termos de equidade, ou seja, aquelas que defendem a satisfação de um “pacote” de supostas necessidades básicas (como na teoria da justiça de John Rawls¹⁷) ou aquelas que tentam corrigir a posição “igualitária” anterior pela incorporação de legítimas aspirações individuais (como na teoria das “capacitações” de Amartya Sen e de Martha Nussbaum¹⁸).

¹⁶ HARRIS, J. *Clones, genes and immortality: ethics and the gene revolution*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

¹⁷ RAWLS, J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

¹⁸ NUSSBAUM, M; SEN, A. (org.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura

Em outras palavras, a bioética laica considera que os progressos tecnocientífico e biotecnocientífico constituem uma legítima aspiração humana, tanto individual como coletiva. Não só porque o desejo de saber acerca do Mundo e de saber sobre si mesmo é, por assim dizer, uma característica “ontológica” do *homo sapiens sapiens*, visto que “o homem, como parte da natureza, a modifica, e isso é inevitável porque o artifício faz parte da natureza, ‘naturaliza-se’ em continuação”¹⁹, mas também porque o conhecimento permite em princípio evitar sofrimentos desnecessários e ampliar o espaço das liberdades individuais, através da redução do condicionamento pela necessidade; ou seja, porque aumenta a competência, ou “aptidão” (*capability*) de cada indivíduo em poder explicitar suas potencialidades e ser livre para escolher objetivos que julgar importantes e de acordo com suas aspirações não necessariamente redutíveis a supostas necessidades básicas padrão.²⁰

Resumindo, tanto o ponto de vista da saúde pública como aquele da bioética laica reconhecem - explicita ou implicitamente - o direito humano *prima facie* de transformar os fenômenos naturais, inclusive a própria natureza humana, de acordo com programas de preservação e/ou melhora do bem-estar, desde que sejam respeitadas, com responsabilidade, determinadas condições de biossegurança e de vida em comum regrada, inclusive preservando os equilíbrios necessários à qualidade de vida das gerações futuras, o bem-estar dos animais sencientes e a qualidade dos ambientes naturais (de fato em transformação pela atividade humana).

Económica, 1996.

¹⁹ PRODI, G. **L'individuo e la sua firma**. Bologna: Ed. Il Mulino: 153-154, 1989.

²⁰ SEN, A. K. **Inequality Reexamined**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

A função protetora pressuposta pela bioética e a saúde pública

O conceito e a prática de “proteger” contra ameaças, externas e internas, fazem parte da história tanto da ética ocidental quanto da saúde pública, e isso desde a constituição de cada um desses saberes, respectivamente o V século a.C. para a ética e o século XVIII para a assim chamada “polícia médica” e a medicina social de Johann Peter Frank (1745-1821).²¹

No entanto, durante um longo período de suas histórias respectivas, ética e saúde pública conceberam a proteção tão somente de maneira *negativa*, no sentido de uma proteção contra algo vindo “de fora” ou, então, como vindo “de dentro”, mas concebido como corpo estranho ou, para utilizar um termo que tem certamente a ver com a medicina e a farmácia, como “infecção”.

É a partir do processo de secularização do Mundo conhecido como Modernidade –quando surge e se afirma a idéia humanista, burguesa e protestante de indivíduo - que se pode pensar a proteção de maneira *positiva*, no sentido de permitir ao indivíduo explicitar suas potencialidades em termos de liberdades e assumir, conseqüentemente, suas responsabilidades pelos atos autonomamente decididos.

Isso é patente em toda a tradição “autonomista” em ética, pelo menos desde Kant, e, em bioética, desde as concepções libertárias defendidas tanto pelo bioeticista cristão Hugo Tristram Engelhardt Jr. quanto pelo agnóstico liberal Robert Nozick a partir dos anos 70. Ademais, já nos anos 80, passa-se de uma concepção meramente defensiva e, via de regra, paternalista, de saúde pública, para uma concepção mais integral que responsabiliza os indivíduos por seus estilos de vida

²¹ ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. S. Paulo, Ed. Unesp, 1994, p. 116-146.

considerados nocivos à sua saúde e àquela dos demais. E isso é patente, em particular, na concepção de saúde pública defendida, por exemplo, a partir da segunda metade dos anos 90, pela Carta de Ottawa, a qual introduziu o conceito de promoção da saúde como complemento da tradicional prevenção, defendida desde os anos 50 pela OMS. Portanto, parece razoável e historicamente correto defender a hipótese do conceito de proteção - entendido em seu duplo sentido *negativo* e *positivo* de proteger *contra* ameaças e *em prol* de um incentivo em exercer a autonomia individual para tornar os indivíduos menos dependentes de ameaças, logo em “promover” sua saúde por meio de estilos de vida apropriados - ser um ingrediente genuíno tanto de uma bioética laica como de uma saúde pública efetivas, ou seja, capazes de prevenir o adoecimento evitável e promover uma saúde razoável, sem terem que ser necessariamente paternalistas.

A tarefa protetora da ética tem respaldo na filologia da palavra *ethos*, cujo provável significado originário é de “guarida”, vindo a ter somente em épocas posteriores os significados de “hábito” e de “caráter”.²² Com efeito, de acordo com o filósofo brasileiro Henrique Cláudio de Lima Vaz (1988), devido à sua proximidade semântica com as palavras *hexis* (“hábito”) e *oikos* (“casa”), “a primeira acepção de *ethos* (com *eta* inicial) designa a morada do homem (e do animal em geral) [isto é] a casa do homem”. E considerando que “[o] homem habita sobre a terra acolhendo-se ao recesso seguro do *ethos*”, este sentido de “um abrigo protetor” constitui “a raiz semântica que dá origem à significação do *ethos* como costume, esquema praxeológico durável, estilo de vida e ação”, sendo que “[a] metáfora da morada e do abrigo indica justamente que, a

²² SCHRAMM, F. R; KOTTOW, M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001.

partir do *ethos*, o espaço do mundo torna-se habitável para o homem”.²³

No entanto, ainda segundo Lima Vaz, *oikos* designa propriamente a “casa” no sentido do ambiente natural, que representa o domínio da *physis* ou da “necessidade”, o qual só é rompido pelo espaço, tipicamente humano, do *ethos* “no qual irão inscrever-se os costumes, os hábitos, as normas, os interditos, os valores e as ações”.²⁴

Esta distinção me parece importante, pois “o *ethos* animal o encerra no espaço fechado do seu ecossistema, dando origem à Etologia como estudo do comportamento animal”, ao passo que o *ethos* humano, que “não é *dado* ao homem, mas por ele *construído* ou incessantemente construído”, é o espaço que dá origem não à Etologia, mas à Ética, “entendida como saber racional do *ethos*, assim como irá entendê-la a tradição filosófica do Ocidente”, isto é, espaço onde se dá o *logos*, entendido como “compreensão e expressão do ser do homem como exigência radical de dever-ser ou do bem”.²⁵

Já no Século XX, depois de algumas décadas em que a ética se reduziu praticamente aos aspectos formais conhecidos como “metaética”, devido às críticas neopositivistas sobre a falta de sentido dos enunciados éticos (por não serem “verificáveis”), a ética retoma novo fôlego a partir da segunda metade do Século com a emergência das éticas aplicadas, dentre as quais se destacará, a partir dos anos 1970 do Século XX, a bioética.

Por isso, a bioética pode ser entendida, grosso modo, de duas maneiras distintas. Em sentido restrito, como o estudo da moralidade implicada pelas práticas humanas de “agentes morais” que envolvam outros seres humanos, chamados “pacientes morais”, no âmbito das assim

²³ LIMA VAZ, H. C. 1988. **Escritos de Filosofia** II. S. Paulo, Ed. Loyola, p. 12-13.

²⁴ *Idem.*

²⁵ *Idem.*

chamadas ciências e técnicas da vida e da saúde. Neste caso, ela se inscreve, embora de forma crítica, na tradição da ética médica, confrontando-a com os atos que se tornam possíveis graças aos avanços da biomedicina, razão pela qual pode ser identificada com a expressão “ética biomédica”.²⁶ Mas a bioética pode ser entendida também num sentido *extenso* de “ética da vida”, a qual se refere à moralidade dos atos de agentes morais (que são necessariamente humanos) que envolvam outros humanos e, eventualmente, outros seres vivos e seus contextos, tendo como tarefa de proteger não somente a vida entendida antropológicamente no sentido do *bíos*, mas também, no sentido de vida orgânica, indicado pelo termo *ζωέ*, sobretudo se considerarmos que o *bíos* humano, em sua vontade de poder, pode ameaçar a “vida nua”, ou desamparada, da ecosfera. Neste segundo caso, a bioética se aproxima da “ética da sobrevivência”, proposta inicialmente pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, criador do neologismo bioética, e que na intenção do autor, visaria preservar não só a qualidade de vida humana *per se*, mas também a própria biosfera²⁷, fazendo referência ao conjunto de ferramentas conceituais e práticas que visam dar conta da moralidade dos atos humanos que podem ter conseqüências irreversíveis sobre qualquer ser vivo.²⁸

No entanto, em ambos os sentidos, a bioética tem uma relação de tipo estrutural com o significado da palavra *proteção*, a qual significa – de acordo com o *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* – “cuidado (com algo ou alguém) mais fraco”; “aquilo que serve para abrigar”, “resguardo”, “garanta”.²⁹

²⁶ BEAUCHAMP, T. L; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. Oxford: Oxford University Press, 1979.

²⁷ POTTER, V. R. Bioethics, science of survival, **Biology and Medicine**, v. 14, p. 127-153, 1970.

²⁸ KOTTOW, M. **Introducción a la bioética**. Santiago, Editorial Universitaria, 1995.

²⁹ HOUAISS, A; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de

Conclusão

Tradicionalmente, a palavra *ética*, referida à palavra grega *ethos*, tem sido reduzida ao estudo ou tematização da moralidade do agente moral ou àquela de estudo de seus atos, isto é, referida seja ao “bom caráter” (ou “virtude”) de um indivíduo que atua no mundo humano seja à moralidade dos “costumes” de uma comunidade ou população (*polis, communitas*, estado-nação, mundo, cosmos...). E isso é *prima facie* historicamente correto. Mas a sensibilidade contemporânea, da qual emerge a necessidade de repensar a moralidade da *práxis* humana num mundo percebido como complexo e da qual surge a pertinência de re-conceituar a ética tradicional em termos de bioética, nos permite, também, recuperar o significado provavelmente primordial da palavra *ethos*, que, como vimos, é justamente aquele de “amparo”, “garantia”, “abrigo”, isto é, de *proteção*.

Aqui defendemos a hipótese de que a Saúde Pública não só tem a ver com a proteção, mas que este caráter protetor constitui sua tarefa ao mesmo tempo específica e mais abrangente. Com efeito, podemos entender a Saúde Pública de maneira ampla como o conjunto de disciplinas e práticas que têm por objeto a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais (definição que corresponde *mutatis mutandis* àquela de saúde dada pela OMS).

Neste sentido, podemos reformular a dupla tarefa de prevenção do adoecimento e de gestão dos riscos à saúde, por um lado, e de promoção de estilos de vida considerados saudáveis, por outro, como os dois aspectos inseparáveis da proteção, ou seja, (1) uma proteção “negativa”, entendida como proteção *contra* o adoecimento e as ameaças em geral contra a qualidade de vida de uma população de indivíduos

humanos, e (2) uma proteção “positiva”, entendida como aquilo que “promove” e favorece o autodesenvolvimento humano ou sua *autonomia*, podendo-se incluir aqui as atuais concepções transhumanistas e poshumanistas, que pretendem tornar o ser humano mais “aprimorado” biologicamente, psicologicamente e socialmente. Afinal, esta missão protetora é uma experiência típica dos mamíferos humanos, bem conhecida pelos pais, que começam por proteger suas crias “neotênicas” para que elas possam se desenvolver emocional e cognitivamente até tornar-se *prima facie* auto-suficientes e autônomas.

Partindo dessas premissas, pode-se inferir que a bioética da proteção é o denominador comum que permite dar sentido aos dois aspectos complementares implícitos nas políticas sanitárias, isto é, a prevenção contra o adoecimento e a promoção da saúde, os quais constituiriam, portanto, as duas faces da proteção, como já indicamos.

Aqui tentamos indicar porque a bioética da proteção pode ser considerada um “paradigma”, dentre outros, para entender os conflitos da Saúde Pública e tentar resolvê-los. Vimos, também, que a proteção pode ser entendida em seu duplo sentido negativo e positivo, isto é, de proteção *contra* ameaças e de proteção *pro* do desenvolvimento (ou *autodesenvolvimento*) das possibilidades de cada sujeito autônomo em assumir seu destino, ou seja, em se “empoderar” de sua vida e destino (no sentido do termo inglês de *empowerment*). Mas, neste caso, a bioética da proteção, além de tentar evitar o tradicional paternalismo médico e sanitário, deve também evitar a culpabilização das vítimas do adoecimento, pois, caso contrário, ao invés de protetora, se tornaria, inevitavelmente, repressora!

Por sua vez, as autoridades sanitárias, se forem legítimas, podem ser consideradas responsáveis por um nível razoável e efetivo de bem-estar da população; pela garantia de acesso aos serviços de saúde; pela

prevenção das epidemias e outros programas de saúde coletiva como a promoção de estilos de vida “saudáveis”. Neste caso, a responsabilidade pelas políticas de saúde cabe ao agente sanitário gestor (que representa uma instituição legitimamente constituída), o qual deve assumir as ações necessárias capazes de responder às necessidades de saúde da população sob a forma de protegê-la frente à sua vulnerabilidade e às ameaças concretas em sua saúde, apesar das dificuldades que isso representa e que tentamos indicar ao longo deste o texto.

Em outros termos, a responsabilidade protetora implica necessariamente o controle dos resultados das políticas públicas adotadas, logo a avaliação da efetividade das práticas das instituições públicas e de seus dispositivos e funcionários. Assim sendo, o princípio de proteção implica, também necessariamente, o dever da eficácia como condição para poder intervir legitimamente na vida dos cidadãos, inclusive limitando a autonomia pessoal frente às exigências do bem comum, quando isso for necessário e não havendo outros meios.

Em suma, o conceito de proteção desenvolvido pela bioética da proteção, quando aplicado aos problemas da Saúde Pública, pretende integrar a responsabilidade moral e a eficácia pragmática, podendo, portanto, ser considerado uma genuína ferramenta da ética aplicada. Isso é indispensável para legitimar políticas sanitárias que se pretendem universalistas do ponto de vista dos valores, como é a política sanitária inspirada na Constituição Brasileira e nos princípios do Sistema Único de Saúde. Mas pretende também respeitar, na medida do possível, a pluralidade dos valores e interesses que perpassam a coletividade, não impondo comportamentos que poderiam infringir os direitos fundamentais das pessoas e dos grupos específicos, mas oferecendo modelos de comportamentos considerados válidos do ponto de vista da prevenção do adoecimento e de promoção da saúde, o que via de regra é

papel dos programas de educação em saúde.

Mas existem exceções a esta regra geral, como no caso de epidemias que podem afetar sensivelmente a saúde da população e que implicam em medidas coercitivas impostas aos indivíduos que formam a população (como no caso da atual pandemia pelo coronavírus). Neste caso, vale, portanto, o princípio de proteção do “corpo social” contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo.

De fato, uma bioética da Saúde Pública, baseada no princípio de proteção, recupera o sentido primeiro da ética, enraíza-se numa tradição socialmente importante (a da medicina social do século XIX) e valoriza, nessa época dita de “Estado Mínimo”, um papel relevante do Estado Moderno, o qual só parece ter legitimidade se tiver a competência de proteger seus cidadãos, mesmo quando esses decidam não aceitar tal proteção. Mas, nesse caso, os interesses do bem comum tornam legítimas medidas compulsórias, as quais, se não foram acatadas, podem implicar em sanções para com os transgressores. Em suma, a proteção da Saúde Pública legitima alguma forma de restrição das liberdades individuais, baseada na prioridade léxica dos direitos sociais sobre os direitos individuais.

Mas para que uma bioética da Saúde Pública, assim como a delineamos aqui em termos de proteção dos sujeitos e das populações vulneráveis, possa ter seus frutos maduros, não podemos prescindir da condição de que os indivíduos que compõem a coletividade sejam pelo menos razoáveis, o que nem sempre é verificado na prática, visto que a equidade não consiste somente em distribuir benefícios, mas também, muitas vezes, frustrações!

QUEM VAI PARA O CTI? A TOMADA DE DECISÃO BIOÉTICA EM CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DE RECURSOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Fabiana Pires Pereira

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição de 1988, é reconhecido como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e funciona de maneira composta no que diz respeito a sua gestão, no qual funciona concomitantemente uma rede pública de assistência gratuita e uma rede privada de forma complementar. e vem sendo construído em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas e sociais a partir dos referenciais da Reforma Sanitária, a qual propunha a capacidade de construir a partir do coletivo e social a ideia do direito democrático-popular de acesso de todos os cidadãos aos serviço de saúde gratuito, tendo com principais ideias-força: O modelo de democracia; uma proposta de reconceitualização da saúde e uma crítica às práticas hegemônicas de saúde¹.

Em consonância com a consolidação da Constituição Federal de 1988, as diretrizes do SUS foram constituídas e em suma, deveriam garantir assistência à saúde gratuita a todos, através de acesso universal e igualitário às ações de prevenção, promoção e recuperação, prestadas por

¹ FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface**, v. 9, n. 18, p.489-506, 2005.

instituições federais, estaduais e municipais na garantia do atendimento integral e equânime e a descentralização das ações do serviço de saúde^{2,3}.

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, de 19.09.90), mais especificamente no artigo 7º, são definidas as diretrizes do SUS, destacando a universalização de acesso, a integralidade de assistência, a igualdade da assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, e a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, para alocação dos recursos e para orientação programática⁴.

Segundo Paim⁵, apesar dos avanços o SUS ainda existem algumas ameaças e obstáculos a serem vencidos, como privatização dos serviços; dificuldades na profissionalização da gerência; dependência do Setor privado contratado; desestruturação da atenção primária; desvalorização dos trabalhadores e o subfinanciamento que interfere especialmente na alocação de recursos escassos.

Com efeito, cabe ponderar que os problemas relativos à alocação de recursos em saúde não afligem unicamente países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. O agravamento do problema dos custos – associado à assunção de uma medicina tecnológica e aos fenômenos de transição demográfica e epidemiológica – é vivenciado, talvez em momentos e percepções ligeiramente distintos ou em maior ou menor extensão, em todas as regiões do globo, desenvolvidas ou não. Em poucas palavras, deve ser encarado como um problema global e comum a todos os países⁶.

² BRASIL, 2001 - PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

³ MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

⁵ PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

⁶ GLOBEKNER, O. A. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 11, n. 1 p. 123-145, 2010.

Tais problemas ficaram mais evidentes, recentemente, a partir do surgimento da COVID 19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, identificada pela primeira vez em Wuhan na China em dezembro de 2019. Devido a seu alto potencial de contágio, a doença se alastrou rapidamente por diversos locais ao redor do mundo, fazendo com que fosse decretada pandemia pela OMS – Organização Mundial de Saúde em março de 2020. De fato, atualmente contabilizam-se 44.726.708 casos no mundo, sendo que destes, 5.469.755 são no Brasil com 1.178.375 mortes no mundo e 158.468 no Brasil – Worldmeter⁷.

Com base nessas considerações, o presente capítulo pretende trazer reflexões sobre a importância da bioética em contextos de tomada de decisão em cenários de recursos escassos, como atualmente em um cenário de pandemia.

A escassez de recursos de terapia intensiva: uma reflexão prévia e no decurso da pandemia

O desequilíbrio entre necessidade e oferta de leitos de terapia intensiva não se iniciou, evidentemente, com a pandemia de COVID-19⁸. Com efeito, tomando como base o estado do Rio de Janeiro⁹ afirmam que faltam leitos de CTI adulto e descrevem a escassez de leitos de terapia intensiva como sendo uma situação complexa e multifatorial, além de um problema de saúde pública. Para tal afirmativa, os autores se baseiam nos

⁷ Site de referência que fornece contadores e estatísticas em tempo real para diversos tópicos. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

⁸ TORRES, A.; APARECIDA ARAÚJO FÉLIX, A.; SILVEIRA DE OLIVEIRA, P. L. Escolhas de Sofia e a pandemia de COVID-19 no Brasil: reflexões bioéticas. **Revista Bioética y Derecho**, v. 50, p. 333-352, 2020.

⁹ GOLDWASSER, R. S., LOBO, M. S. D. C., ARRUDA, E. F. D., ANGELO, S. A., RIBEIRO, E. C. D. O., & SILVA, J. R. L. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 347-357, 2018.

parâmetros definidos pela portaria GM/MS n.º 1.101/02¹⁰, do Ministério da Saúde, a qual leva em conta a média populacional como um substituto para a demanda epidemiológica, sem considerar critérios como tempo de espera na fila, tempo de permanência no leito, entre outros.

Ainda tendo como referência tal portaria, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro apresentou um estudo para embasar uma ação civil pública – **Processo: 0283688-82.2011.8.19.0001 de 15/10/2019**¹¹ – disponível na internet, a fim de requerer entre outros, a criação e a utilização de protocolos para selecionar os casos de candidatos prioritários a vaga de CTI, além da imediata ampliação de 349 leitos de terapia intensiva que segundo o estudo apresentado pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), deveria suprir o déficit de leitos para o Estado, visto que diariamente 06 (pacientes) perdem a vida à espera de um leito de CTI.

Ocorre que em 2015 o Ministério da Saúde revoga a portaria **GM/MS n.º 1.101/02**[10] e em substituição, publica a portaria **GM/MS nº1631/15**¹², estabelecendo novas diretrizes para programação do quantitativo de leitos hospitalares, entre eles leitos de CTI. Além de prever critérios, já citados acima como, tempo de espera, média de permanência, entre outros. Tal portaria justifica sua atualização, por considerar as mudanças tecnológicas e de modelos de atenção ocorridos após o ano de 2002. Todavia, até o momento, são inexistentes os estudos publicados tomando como referência a portaria vigente para o Estado do Rio de Janeiro.

Outrossim, mesmo diante de um cenário de poucas publicações

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.101, de 12 de junho de 2002**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html.

¹¹ Petição Inicial da Ação Civil Pública, processo nº 0283688-82.2011.8.19.0001, proposta em face do Município do Rio de Janeiro/SMSDC e do Estado do Rio de Janeiro, do déficit de leitos de CTI ante a demanda existente.

¹² BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.631, de 01 de outubro de 2015**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html.

científicas a respeito do tema, os principais veículos de comunicação divulgam a realidade de escassez de leitos de CTI. Neste interim, entre os anos de 2010 e 2019 foram divulgadas 210 notícias relacionadas a falta de leitos, conforme pesquisa feita no site do arquivo digital do Jornal O Globo através do termo: “falta de leitos de CTI” (Site do Acervo Digital do Jornal O Globo, 2020)¹³.

Dito isto, cabe ressaltar que os problemas (bio)éticos relacionados à tomada de decisão dos médicos, emergem da necessidade de escolha de pacientes candidatos a um único leito de CTI, colocando-os em situações em que se explicita, de forma mais aguda, que o saber técnico é *necessário*, mas não *suficiente*, para que se decida qual seria o paciente – tomando-se dois ou mais enfermos, com iguais condições clínicas – mais indicado a ocupar a única vaga disponível, em uma unidade de terapia intensiva, por exemplo.

Este cenário se agravou no Brasil, após a identificação dos primeiros casos de COVID-19, em meados de março de 2020, situação que se seguiu do exponencial aumento de casos graves da doença a qual atingiu especialmente *pessoas com maior risco de evolução desfavorável da moléstia* – a saber: pessoas com doenças crônicas não transmissíveis – tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* –, imunodeprimidos, idosos e enfermos com câncer. Neste contexto, as “escolhas de Sofia”¹⁴ se fizeram mais presentes e urgentes e protocolos de tomada de decisão foram criados na tentativa de orientar a tomada de decisão técnica e ética, e assim minimizar o sofrimento psicológico dos profissionais da área médica, frente a tais escolhas.

Tais protocolos, foram divulgados pelas principais associações e conselhos da classe médica do país, como Associação de Medicina

¹³ Disponível em: <https://acervo.oglobo.globo.com/>

¹⁴ PAKULA, A. J. **A escolha de Sofia** [filme]. Distribuição: Universal Pictures, 1982.

Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Brasileira de Medicina de Emergência, (ABRAMEDE), Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), Observatório de COVID-19 da FIOCRUZ¹⁵, professores de (bio)ética dentre outros, e todos têm em comum a orientação de tomar decisões a partir do critério de gravidade baseado na aplicação protocolos validados com sistema de pontuação para triagem de pessoas, tais como: *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) simplificado, *Charlson Comorbidity Index* (CCI), *Clinical Frailty Scale* (CFS) e *Karnofsky Performance Status* (KPS)¹⁶. É consenso em todos esses protocolos, a orientação quanto a escolhas pautadas em critérios objetivos e claros, para que não ocorra discriminação por faixa etária, etnia; cor; raça; religião; gênero; orientação sexual; condição/status social; origem geográfica/naturalidade; nacionalidade; nível de instrução/escolaridade; concepções políticas; antecedentes criminais; existência de desordens psíquicas; existência de deficiências; profissão; aumento dos recursos de saúde, foco em salvar o maior número de vidas, entre outras^{17,18}.

Sendo assim, podemos concluir que mesmo os critérios técnicos-científicos necessitam de discernimento, sendo, portanto, moralmente

¹⁵ Observatório de COVID-19 da FIOCRUZ. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/>

¹⁶ Marik PE, Taeb AM. SIRS, qSOFA and new sepsis definition. **Journal of thoracic disease**, v. 9, n. 4, p. 943, 2017; Roffman C, Buchanan J, Allison G. Charlson comorbidities index. **Journal of Physiotherapy**, v. 62, n. 3, 2016; Wallis SJ, Wall JB, Biram RW, Romero-Ortuno R. Association of the clinical frailty scale with hospital outcomes. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 108, n. 12, p. 943-9, 2015; Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 2, n. 3, p. 187-93, 1984.

¹⁷ FORTES, P.A.D.C. Selecionar quem deve viver: m estudo bioético sobre critérios sociais para microalocação de recursos em emergências médicas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 2, p. 129-34, 2002.

¹⁸ GONÇALVES, L.; DIAS, M.C. Discussões bioéticas sobre a alocação de recursos durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **DIVERSITATES**, v. 12, p. 18-37, 2020.

dependentes. Neste sentido, torna-se importante uma reflexão sobre as principais correntes bioéticas que poderiam embasar a tomada de decisão dos profissionais de saúde.

Reflexões no bojo das correntes (bio)éticas para a tomada de decisão

A análise de questões análogas a esta, fazem parte do surgimento da bioética desde meados do século passado. Nesse âmbito, como um dos mais emblemáticos exemplos pode-se citar o dilema ético surgido no Hospital Universitário de Seattle. Conforme relatado por Cr Blagg em seu artigo: ***Development of ethical concepts in dialysis: Seattle in the 1960s*** após a implantação de um programa que desenvolveu os primeiros aparelhos de diálise para tratamento a longo prazo de pacientes com insuficiência renal crônica, percebeu-se que a estimativa anual seria de 5 a 20 candidatos para terapia renal substitutiva e apenas nove aparelhos disponíveis. Diante da situação, ficaram estabelecidos dois comitês com objetivo de auxiliar a escolha dos pacientes.

O primeiro comitê formado por médicos locais interessados em doença renal, fazia a seleção dos pacientes dentro de critérios médicos rigorosos e os encaminhava para um comitê consultivo. Os critérios originais levavam em conta: ser cidadão estável, emocionalmente maduro e responsável incapacitado pelos sintomas da uremia; ausência de hipertensão arterial sistêmica de longa data e suas complicações permanentes, principalmente, doença cerebrovascular; disposição demonstrada em cooperar na realização o tratamento prescrito, principalmente a dieta restrições; idade 25-45 anos; deterioração lenta da função renal (creatinina sérica 8-12 mg%), uma vez que qualquer função residual simplifica o problema terapêutico; seis meses de residência na área (Washington, Alaska, Idaho, Montana e Oregon); ajuda financeira; valor

para a comunidade; potencial de reabilitação; compatibilidade psicológica e psiquiátrica. Crianças e jovens adultos que não eram potencialmente autossustentáveis, foram excluídos.

O segundo comitê, o consultivo, era composto por 7 (sete) pessoas de diferentes formações, a saber: 2 (dois) médicos não envolvidos com no atendimento a pacientes de diálise, uma dona de casa, um advogado; um empresário; um líder sindical e um ministro e tinha como atribuição, decidir dentre os critérios estabelecidos. Seu papel era avaliar o valor relativo de um candidato à família e à comunidade em termos do grau de dependência, o potencial de reabilitação e valor moral do candidato.

Segundo o autor, na ocasião, surgiram diversas publicações de estudiosos de grandes universidades nas áreas de direito, filosofia e teologia que criticavam o comitê e os critérios por este utilizado. A maioria deles, questionava o critério de utilidade social e aspectos ligados a justiça, tendo em vista que se tratava de um programa experimental e desta forma, suscitava reflexões como – Quem é realmente o paciente mais adequado sob as regras atuais do comitê? O homem que, se lhe for permitido continuar vivendo, pode dar a maior contribuição para a sociedade? Ou o homem que morrendo abandonaria o maior fardo para a sociedade? Tais questões reverberaram até os dias atuais, sem consenso. Diante deste contexto, Fortes defende que:

(...) É preciso que a questão seja debatida amplamente com os profissionais de saúde e com a sociedade, não se olvidando que, enquanto não existem políticas públicas que adequem a oferta de serviços às necessidades de atendimento de situações de emergências médicas da população, os dilemas de tomada de decisão em situação de escassez continuarão a estar presentes e sendo solucionados por critérios de preferência pessoal.¹⁹

¹⁹ FORTES, P. A. D. C. *Op. Cit.*, 2002, p. 129-134

Neste contexto, a escolha da (bio)ética como fundamentação teórica se justifica por sua multiplicidade de teorias, paradigmas e pluralidade de metodologias de análise em campos de conhecimento interdisciplinares, que são capazes de embasar debates a respeito dos problemas éticos surgidos, principalmente, após o advento das (novas) tecnologias biomédicas, visando abordar os problemas atendendo a totalidade da pessoa e da coletividade, na tentativa de ultrapassar códigos deontológicos de obrigações, de regras absolutas e – supostamente – irrevogáveis^{20,21}.

Desta forma, faz-se necessária uma breve explanação das duas principais teorias de tomada de decisão ética, segundo Fortes²². A teleológica (do grego *telos* = “fim”) e a deontológica (do grego *deon* = “dever”), as quais servirão embasamento teórico para discussão em torno de critérios da alocação de recursos escassos, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS, além de subsidiar as justificativas e os argumentos que serão utilizadas pelos médicos na escolha do candidato ao único leito de CTI disponível, se este for o caso.

Corrente Teleológica

A corrente teleológica – em geral, caracterizada como uma ética das consequências – se caracteriza pela avaliação dos resultados, ou seja, um ato será julgado eticamente a partir do alcance dos objetivos e pela maximização das consequências no intuito de atingir o “*maior bem-estar possível, para o maior número de pessoas*”²³. Tal corrente de pensamento foi

²⁰ FERRER, J. J.; ALVAREZ, J.C. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola. 2005.

²¹ PORTO, D. **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Conselho Federal de Medicina / Cátedra Unesco de Bioética / Sociedade Brasileira de Bioética, Brasília, 2012.

²² FORTES, P. A. D. C. *Op. Cit.*, 2002, p. 129-134.

²³ FORTES, P. A. D. C. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomadas de decisão, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo, EPU, 1998,

concebida pelos pensadores anglo-saxões, Jeremy Bentham, David Hume e John Stuart Mill.

Ferrer e Álvarez²⁴, consideram que para decisões de priorização de cuidados em saúde, o princípio utilitarista se volta para uma reflexão de *utilidade social*, na medida em que descreve que a melhor decisão seria aquela que trouxesse mais saúde e menos dor para o maior número de pessoas.

Em um contexto de pandemia, onde a escassez de recursos aumenta flagrantemente, como exposto acima, as orientações dos protocolos sugerem critérios utilitaristas, na medida em que visam o salvamento do maior número de vidas, desde que as escolhas estejam dentro de critérios bem definidos de triagem técnica e de que não haja discriminação, especialmente, por faixa etária e ciclo de vida, uma vez que a vida dos pacientes, possuem o mesmo valor. Sendo assim, cabe considerar que:

A atribuição de um valor moral formal ao “tempo ou ciclo de vida” desconsidera o conteúdo concreto das vidas vividas – o valor que cada indivíduo atribui a suas escolhas, realizações e projetos de vida. Cabe ressaltar que a aposta no critério do tempo/ciclo de vida pode ter consequências bastante questionáveis, quando pensamos sobre outros temas caros à bioética.²⁵

Dentro da lógica utilitarista outro aspecto importante a ser observado, leva em conta a exigência da maximização da felicidade, ou ainda, maximização do bem-estar coletivo, às custas dos direitos de cada indivíduo, Especialmente no campo da saúde, onde não é possível o cálculo de todas as consequências devido à complexidade de decisões a

p. 31.

²⁴ FERRER, J. J.; ALVAREZ, J. C., *Op. Cit.*

²⁵ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C., *Op. Cit.*

serem tomadas. Neste ponto²⁶, argumenta que uma ação ao tentar garantir o maior bem-estar para maioria, pode causar prejuízos a uma minoria pela dificuldade de conceituação do bem-estar.

Ainda nessa linha²⁷, chamam atenção para que não haja amento da desigualdade social e vulnerabilidade no Brasil, ao passo que qualquer escolha, mesmo que moralmente justificadas não estão isentas de consequências.

Corrente Deontológica

Importância deve ser dada às correntes deontológicas, nas quais o ato ético depende apenas valores e das normas, independente das consequências. Tais correntes, por sua vez, estão expressas em múltiplas teorias, porém nem sempre em forma de deontologia pura, cujo exemplo clássico encontra-se descrito na filosofia moral de Immanuel Kant. Sendo assim, fazem a seguinte colocação, a fim de exemplificar um pouco melhor a teoria deontológica:

Uma abordagem deontológica estrita, como a Kantiana, oferece-nos um fundamento sólido para a proteção dos direitos humanos inalienáveis, tanto no campo biomédico como em outros âmbitos da vida. Por outra parte, um deontologismo tão estrito pode colocar-nos em graves apuros em situações de conflito de deveres. Segundo Kant, não se pode jamais quebrar uma promessa. Suponhamos que uma pessoa fez a promessa de comer com amigos num restaurante às 3h da tarde. Às 2h30, está saindo de casa quando, na escada, encontra seu vizinho, que acaba de sofrer um infarto do miocárdio. Deve cumprir a promessa feita a seus amigos ou deve atender a seu vizinho? Parece que, para um Kantiano rigoroso, o cumprimento da promessa teria prioridade. Pois bem, a compreensão de Beauchamp e Childress do deontologismo não é tão rigorosa. Bastaria que a teoria em questão aceitasse que existem outros critérios de retidão moral, além das consequências.²⁸

²⁶ FORTES, P. A. D. C. *Op. Cit.*, 1998.

²⁷ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C., *Op. Cit.*

²⁸ FERRER, J. J.; ALVAREZ, J. C. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Loyola. 2005, p. 113.

Outrossim, faz-se importante destacar que a deontologia, vista como respeito aos princípios, às regras e às normas, está presente nos padrões de conduta de diversas categorias²⁹. Especialmente em relação a categoria médica, destaca-se o juramento de Hipócrates, segundo o qual, cada médico tem o dever de respeitar o código antigo e universal da ética médica, bem como o código interno da prática médica³⁰.

Fortes³¹, destaca que as normas deontológicas em outros países, são apenas orientações diretivas para os profissionais e não têm poder, coercitivo, como no caso dos conselhos de ética dos profissionais brasileiros. Neste ponto, é importante lembrar que o conteúdo dessas dos códigos de ética vigentes, muitas das vezes, escapam das reais discussões éticas, como ações ligadas a beneficência e não-maleficência que legitimam, muitas das vezes o paternalismo médico, no instante em que desconsideram a autonomia do sujeito.

No contexto de luta à pandemia de COVID-19, simboliza que as escolhas devem ser realizadas com base no benefício do paciente e o seu não malefício. É necessário portanto, a observância à possibilidade de maximização desses benefícios

Na possibilidade de existência de outros critérios de retidão moral, além das consequências e aceitando que os critérios de objetividade médico-científica podem ser iguais entre os candidatos nos casos de distribuição ineficiente de recursos, Beauchamp e Childress³² propõe mecanismos interpessoais de sorteio como sendo a opção mais justa e de igual respeito e complementam que: “se o grupo de pacientes com

²⁹ FORTES, P. A. D. C., *Idem*.

³⁰ MALLOY, D. C; WILLIAMS, J.; HADJISTAVROPOULOS, T; KRISHNAN, B.; JEVARAI, M.; MCCARTHY, EF.; MURAKAMI, M; PAHOLPAK.S; MAFUKIDZE, J.; HILLIS, B. Ethical Scision-making about older adults and moral intensity:an international study of physicians. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, n. 4, p. 285-296, 2008.

³¹ FORTES, P. A. D. C., *Op. Cit.*, 2002, p. 129-134.

³² BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F., *Op. Cit.*, p. 418.

necessidades médicas iguais excede a oferta do serviço, então devem ser desenvolvidos procedimentos para alguma forma de seleção aleatória. Critérios de valor não devem ser usados”.

Ainda entre as teorias deontológicas destaca-se a teoria da justiça como equidade, elaborada nos anos 1970 pelo filósofo estadunidense John Rawls, o qual defende que estes dois termos não são usados como sinônimos, porém a justiça só se fará, em situações de equidade. Dentro deste contexto, em caso de conflitos de interesses por recursos, deva-se priorizar os menos favorecidos. No campo da saúde, seguindo o pensamento de Rawls, poderíamos avaliar o desfavorecimento pela condição social e econômica, pelo estado de saúde e gravidade, pela fragilidade ou vulnerabilidade pessoa³³.

Villas-Bôas³⁴ ressalta a grande dificuldade em se definir o termo justiça, seja no direito, na filosofia ou em sua nova aplicação surgida na metade do século XX, ante a chegada da bioética e suas discussões acerca da justiça distributiva e suas contribuições relacionadas a área da saúde, biotecnologia e alocação de recursos. Neste ponto, alertam³⁵ para a questão de que a avaliação clínica, por si só, pode não ser justa o suficiente se levarmos em conta o quadro de grande desigualdade e vulnerabilidade social do povo brasileiro, na medida em que alguns estudos já estabelecem relação entre mortes por COVID-19 e determinantes sociais de saúde.

Com efeito, entendendo que os princípios são permanentes e universais dentro de uma lógica deontológica e que os indivíduos sempre devem ser tratados como um fim em si mesmo e não como meio, é importante ponderar que na escolha de qual enfermo deverá ocupar um leito de CTI, por exemplo, para que não incorra em injustiça, seria de

³³ FORTES, P. A. D. C., *Op. Cit.*, 1998.

³⁴ VILLAS-BÔAS, M. E. **O Direito à Saúde no Brasil - reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça**. São Paulo: Edições Loyola; 2014.

³⁵ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

extrema importância garantir o dever de não discriminar indivíduos sob nenhuma hipótese ou justificativa.

Por fim, na tentativa de sistematizar o que foi dito até o momento, propomos uma síntese de toda a discussão, na próxima seção.

Quem vai para o CTI? Síntese de recomendações, baseada no Observatório COVID-19 da FIOCRUZ

No decorrer desta seção, será possível observar, que em geral, as recomendações feitas por especialistas em bioética e entidades médicas acerca da alocação de recursos escassos, especialmente durante a pandemia, convergem para as correntes bioéticas pontuadas acima, na medida em que trazem consigo a intenção de salvar o maior número de vidas, respeitando a autonomia dos sujeitos, de forma a compor beneficência e justiça^{36,37}.

Sendo assim, cumpre enfatizar que para que tais princípios éticos sejam seguidos, recomenda-se o diálogo, como ponto fundamental no processo de tomada de decisão. Este deve contar com a participação de toda equipe multiprofissional do serviço de urgência/emergência e CTI levando em conta os aspectos médico-técnico-científico, aspectos éticos envolvidos na decisão em questão, afim que sejam feitas as melhores escolhas dentro do quadro proposto.

Sugere-se também a criação de uma comissão de bioética, em cada unidade hospitalar, com caráter consultivo, composta, preferencialmente, por dois ou mais profissionais externos à equipe para, diante de cada caso

³⁶ *Idem*.

³⁷ SATOMI, E.; SOUZA, P. M. R.; THOMÉ, B. C.; REINGENHEIM, C.; WEREBE, E.; TROSTER, E. J.; SCARIN, F. C. La C.; BACHA, H. A.; GRUNSPUN, H.; FERRAZ, L. J. R.; BUENO, M. A. S.; BARROS FILHO, M. T. L.; BORGES, P. C. M. Alocação justa de recursos médicos escassos durante a pandemia de COVID-19: considerações éticas. **Einstein**, v. 18, eAE5775, 2020.

dilemático, tendo em vista que não existem decisões isentas ou imparciais do ponto de vista moral³⁸.

Importante ressaltar a relevância de consultar o paciente, sempre que possível ou à família para que se tenha clareza dos desejos deste, respeitando o princípio da autonomia, especialmente no tocante as questões de fim de vida e à sua qualidade e sempre levando em consideração os aspectos ligados as diretrizes antecipadas de vontade. Tal consulta visa conhecer o ponto de vista do paciente, ou de seu representante legal, sendo de relevante para análise do contexto. Deve-se, também, levar em conta os *scores* de gravidade, descritos acima, como SOFA e KPS, por exemplo, e a partir daí, sugere-se priorizar o paciente com maior chance de recuperação. No entanto, é fundamental avaliar o quadro clínico individual na tentativa de evitar vieses.

Considerando o que foi descrito no parágrafo anterior, cabe considerar de forma complementar a categorização proposta na Resolução CFM N° 2.156/201612, conforme segue: “Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. [...] Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. [...] Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica. [...] Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica. [...] Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de

³⁸ SIMAS, K. B. F.; GOMES, A. P.; FERREIRA, M. L. A.; RODRIGUES, D. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Comissão de Bioética e Atenção Primária à Saúde: uma proposta dirigida à realidade carioca**. In: PALÁCIOS, M. Bioética, saúde e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019, p. 113-127

terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

Conforme já discutido anteriormente mesmo antes da pandemia já existia uma enorme demanda em relação a oferta de leitos de CTI. Dito isso, importa chamar atenção para que a seleção de pacientes leve em conta todos os tipos de enfermidade e não apenas enfermos aquelas ligadas a infecção causada pela SARS-CoV-2.

Sendo assim, diante dos constantes avanços do conhecimento ético e científico, torna-se importante a constante atualização com base nestes conhecimentos para que as tomadas de decisão sejam aprimoradas em prol do benefício dos pacientes.

Diante das opções propostas:

Pode-se sumarizar os quesitos sugeridos para subsidiar o processo decisório nos seguintes termos: a avaliação sobre qual enfermo deverá ser admitido na UTI, em um contexto de emergência sanitária por COVID-19 e de insuficiência do número de leitos de terapia intensiva, deverá considerar o respeito à autonomia do paciente – consubstanciada em seus desejos acerca do fim de vida (sua manifestação explícita sobre sua condição ou suas diretivas antecipadas ou a posição de seu representante legal) – e uma estimativa cientificamente válida do potencial de recuperação do enfermo e das perspectivas de qualidade de vida após a alta hospitalar; em nenhuma hipótese poderão ser utilizados critérios que possam configurar discriminação de qualquer natureza³⁹.

Por fim, mesmo diante de todas as opções médico-técnico-científicas e (bio)éticas que visam a melhor tomada de decisão, é categórico ressaltar que qualquer deliberação, do ponto de vista da moralidade, pode ser falha, tendo em vista a impossibilidade de atitudes

³⁹ SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; BRAGA, L. M.; COSTA, A. S.; THOME, B.; SCHRAMM, F. R.; SALES JUNIOR, J. A. L.; FORTES, P. D.; REGO, S.; SANTOS, S.; MARINHO, S. **COVID-19 e o fim da vida: quem será admitido na Unidade de Terapia Intensiva?** Observatório COVID-19 Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. 6p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/ensaio-covid-19-e-o-fim-da-vida-quem-sera-admitido-na-unidade-de-terapia-intensiva>.

morais infalíveis ou princípios morais eternos e absolutos. A intenção de uma reflexão sobre os pontos de vistas expostos durante o texto, têm a intenção de não gerar mais injustiça e desigualdade entre os enfermos⁴⁰.

Considerações finais

A COVID-19, no Brasil, disseminou-se rapidamente desde março deste ano, emergindo e intensificando debates acerca de alocação de recursos escassos que desde sempre são um dos maiores desafios sanitários, sociais e econômicos do país. Com efeito, diante de um contexto de recursos escassos, agravado por um panorama de pandemia, é razoável afirmar que o critério médico-científico seria consenso como sendo a melhor escolha para tomada de decisão, justamente pela aposta em sua objetividade e efetividade pragmática. O critério é considerado moralmente válido tendo em vista que aloca recursos para aquelas pessoas que apresentam mais perspectiva de recuperação, demandando menos tempo de cuidados intensivos e com isso maior rotatividade de leitos.

Como discutido, quando este critério se faz igual a mais de um indivíduo, tornando a aplicação deste inviável, a opção da aleatoriedade – ou seja, escolha por sorteio – seria moralmente justificável e aceitável e, inclusive, indicada por grupos de bioeticistas e filósofos^{41,42}. Contudo, como sugere Gonçalves e Dias⁴³, tal encaminhamento não exime aquele que escolhe das responsabilidades e das suas possíveis consequências. Ainda para as mesmas autoras se tornam necessários, no pós-pandemia, estudos mais robustos a respeito para saber se a alocação de recursos

⁴⁰ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

⁴¹ PEREIRA, F. P. **Regulação do sistema único de saúde em contexto de escassez de recursos: aspectos bioéticos da tomada de decisão médica.** 2016.

⁴² AZEVEDO, M; DALL'AGNOL, D.; BONE, A.; ARAÚJO, M. Por um debate sobre as diretrizes éticas para alocação de tratamento em UTI durante a pandemia. **Jornal Estado de São Paulo**, 2020.

⁴³ GONÇALVES, L.; DIAS, M. C. , *Op. Cit.*

ocorreu de forma especialmente justa e se o conceito de máxima utilidade utilitarista foi de fato, cumprido.

(BIO)ÉTICA PARA TODOS OS SERES: PROÊMIO

Rodrigo Siqueira-Batista

Nota introdutória

A apresentação – preliminar – da proposta de uma *(Bio)ética para todos os seres* é o escopo do presente ensaio. Tal delimitação diz respeito à retomada de trabalhos outrora desenvolvidos em torno dessa temática. Originalmente, formulou-se uma *ética para todos os seres* – utilizando a Mecânica Quântica¹ como *imagem* – e, na sequência, as ideias foram trabalhadas em termos (1) das relações com a ecologia profunda² e (2) das questões éticas atinentes ao fim da vida³. Após um período de reflexão e de revisão dos pressupostos inicialmente elencados, a proposição foi redimensionada e aprimorada de acordo com a caracterização descrita nas próximas seções.

A ética, a moral, a bioética e a (bio)ética

A escolha da grafia (bio)ética ora proposta refere-se, como se pretende demonstrar nesta seção, ao reconhecimento das diferentes cores com as quais se compõe as relações ética $\leftrightarrow$ bioética. O ponto de

¹ A primeira formulação fez referência a uma Bioética Quântica, mas, com a seguinte advertência: “Obviamente, não pretendemos aqui usar a física contemporânea como base para o discurso da bioética, mas adotá-la como imagem capaz de apontar para a quiddidade de todos os seres, prestando toda a atenção para não confundir o dedo com a lua” (p. 1014). Cf. SIQUEIRA-BATISTA, R. Quantum bioethics: ethics for all beings. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1013-1015, 2008.

² SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; RÔÇAS, G. Ética para todos os seres e ecologia profunda: um preliminar diálogo com relevância para a saúde pública. **Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)**, v. XVII, p. 529-544, 2009.

³ SIQUEIRA-BATISTA, R. **A boa morte à luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica**. In: PEREIRA, T. S.; MENEZES, R. A.; BARBOZA, H. H. Vida, morte e dignidade humana. 1ª ed. Rio de Janeiro: GZ, 2010, v. 1, p. 341-362.

partida é a constatação de que o pensamento ético tem uma *biografia* iniciada na Antiguidade⁴, cujos movimentos *vitais* adquirem novos contornos nos séculos XX e XXI, dada a complexidade das sociedades democráticas e plurais contemporâneas. Deste ponto de vista, ao recuperar os sentidos da palavra *ética*, Simon Blackburn caracteriza-a como o “*estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade, a escolha*”⁵; ou seja, de uma perspectiva filosófica, compreende-se que a ética investiga os juízos e os enunciados acerca dos atos qualificados no âmbito dos pares de opostos “certo/errado”, “correto/incorreto”, “justo/injusto”. Tal delimitação produz, sem embargo, certa dúvida sobre a indiscernibilidade entre *ética* e *moral*, a qual precisa ser explicitada.

O termo *moral* é caracterizado, por Nicola Abbagnano, como “1. O mesmo que *ética*. 2. Objeto da *ética*, conduta dirigida ou disciplinada por normas, conjunto dos *mores*”⁶. Com efeito, pode-se considerar os dois vocábulos como sinônimos (definição 1 de Abbagnano) – na medida em que “(...) *fica difícil com frequência estabelecer separação estrita entre sistemas morais, objetos próprios da ética, e o todo de normas e atitudes de caráter moral prevalecente em uma sociedade ou em uma determinada fase histórica*”⁷ – ou como conceitos afins, mas distintos (definição 2 de Abbagnano), propondo-se que a moral diz respeito ao regramento de condutas vigentes em um dado grupamento humano e que a ética concerne às normas de condutas resultantes do exercício da razão crítica, o que pressupõe que seus fundamentos sejam

⁴ Para José Ferrater Mora, “(...) *só há história de ética dentro quadro da história da filosofia*” (p. 595). In: FERRATER MORA, J. **Diccionario de filosofia**. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 1967. Tomo I.

⁵ BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de Filosofia**. Edição brasileira de Danilo Marcondes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997., p. 129.

⁶ ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Trad. de Ivone C. Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 682.

⁷ FERRATER MORA, Tomo I. *Op. cit.*, 1967, p. 595.

examinados e “*filosoficamente justificados*”⁸. Concorde-se, pois, com Adela Cortina, para quem “*ética e moral distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico*”⁹.

A demarcação conceitual proposta por Abbagnano, Blackburn, Cortina e Ferrater Mora – relativa à ética – é útil para a teorização acerca da *bioética*, campo do conhecimento cujas origens podem ser buscadas particularmente em três autores: (1) Fritz Jahr, em 1927, o qual dá atenção às “*obrigações éticas não apenas com o homem, mas a todos os seres vivos*”¹⁰; (2) Van Rensselaer Potter, em 1970¹¹, cujo foco é uma nova ética científica orientada para a perpetuação da espécie humana e da sua qualidade de vida: “*Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos*”¹²; e (3) André Hellegers, em 1971, que formula uma nova ética biomédica – inscrita no movimento de “*unir a Biologia com a Ética*”¹³ –, caracterizando-a como extensão da ética médica, concepção que se tornou hegemônica nos primeiros anos de desenvolvimento do campo de conhecimento¹⁴.

A emergência da bioética atrela-se a uma série de eventos

⁸ FERRATER MORA, 1967, Tomo I, *op. cit.*, p. 595.

⁹ CORTINA, A. **O fazer ético: guia para a educação moral**. Trad. de Cristina Antunes. São Paulo: Moderna, 2003., p. 14.

¹⁰ GOLDIM, J. R. **Definição de Bioética - Fritz Jahr 1927**. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet27.htm>, p. 1. Ver também: JAHR, F. Bio-Ethic: eine umschau über die ethischen. Beziehungen des menschen zu tier und pflanze. **Kosmos. Handweiser für Naturfreunde**, v. 24, n. 1, p. 2-4, 1927.

¹¹ POTTER, V. R. Bioethics, science of survival. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 14, n. 1, p. 173-153, 1970.

¹² POTTER, V. R. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971., p. 2.

¹³ GOLDIM, 2016 – **Definição de Bioética**. Kennedy Institute of Ethics 1970. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet70KIE.html>>. Acesso em 30 nov 2020., p. 1.

¹⁴ OLIVEIRA, I. L. V. A. C. **Estratégia Saúde da Família na perspectiva de Foucault e Deleuze: sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto**. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, 2017.

ocorridos no século XX, mencionando-se particularmente as situações (1) relativas ao campo da saúde – em termos da atenção e da pesquisa científica – e (2) atinentes à esfera social, com destaque para a ampliação dos debates sobre os direitos civis, o reconhecimento do valor da autonomia individual e a “*laicização (separação entre religião e Estado) (...) das sociedades democráticas do século XX*”¹⁵. Nesse sentido, pode-se estabelecer certo paralelo entre o nascimento da bioética e o alvorecer da filosofia na Grécia (por volta do século VI a.C.), pois, de modos muito próprios, ambas são *filhas da cidade*¹⁶.

Origens tão múltiplas permitiram que a disciplina, desde sua emergência, adquirisse díspares conotações¹⁷ e se consolidasse em termos de distintas correntes teóricas – tais como o *Princípioalismo*, a *Ética do cuidado*, os *Utilitarismos*, a *Bioética da proteção*, a *Bioética da intervenção*, entre outras¹⁸ –, abrangendo “o uso criativo do diálogo para formular, articular e, na medida do possível, resolver os dilemas que são propostos pela investigação e pela intervenção sobre a vida, a saúde e o meio ambiente”¹⁹. Pode-se delinear, então, a bioética como área epistêmica que surgiu do esforço para a busca de respostas às mudanças e aos desafios surgidos no século XX (e XXI), nos âmbitos das ciências da saúde, da vida e do ambiente, colocando em pauta o respeito à existência, o cuidado e a proteção aos seres vivos – todos, humanos ou

¹⁵ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020., p. 14. Ver também: MORI, M. A desteologização da bioética e o nascimento da ética como uma nova instituição específica. **Ideias (Unicamp)**, v. 9, p. 287-304, 2018.

¹⁶ A célebre frase de Jean-Pierre Vernant é aqui *reescrita*, nos seguintes termos: “*Nesses limites, como em suas inovações, (elas, a filosofia e a bioética, são bem filhas) da cidade*” (p. 474). Cf. VERNANT, J.-P. **Mito e pensamento entre os gregos: estudos de psicologia histórica**. Trad. de Haignanuch Sarian. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

¹⁷ 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.

¹⁸ REGO et al., 2014, *op. cit.*

¹⁹ GOLDIM, 2016 – **Definição de Bioética** - Programa Regional de Bioética OPS/OMS 2001. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet01.htm>> Acesso em 30 nov 2020., p. 1.

não – e ao seu *habitat* natural.

As relações entre ética e bioética têm sido compreendidas de diferentes modos, aspecto essencial para a análise que ora se apresenta. Warren Thomas Reich²⁰ reconhece que a bioética está “*inscrita na tradição ética ocidental*, como uma das *éticas aplicadas*”²¹. Destaca-se que a caracterização da *bioética* como uma *ética aplicada*²² permite considerar a primeira como um genuíno subconjunto da segunda, o que pode ser explicitado de acordo com a seguinte notação:

bioética $\square$ ética aplicada $\square$ ética.

Há, no entanto, outros pontos de vista igualmente legítimos. Com efeito, pode se reconhecer que “*uma boa analogia para se entender [a] relação entre a bioética e as teorias éticas é a relação entre biologia e medicina*”²³; ou seja, a ética não albergaria a bioética em seus meandros, mas, de outro modo, a primeira seria o alicerce – quiçá o fundamento – desta última, uma vez que “*a bioética não opera independentemente da teoria ética; mas também não é a simples ‘aplicação’ de uma teoria a casos particulares*”²⁴. Outra visão significativa pode ser buscada em Fermin Roland Schramm, autor que propõe ideias acerca de um possível *fundamento biológico* da ética,²⁵ ou seja, “*a legitimação do agir ético só seria uma elaboração secundária de algo que de fato pertence à biologia humana*”²⁶, posição que pode ser articulada à afirmação “*toda ética é, antes e*

²⁰ REICH, W. T. **Encyclopedia of bioethics**. 2nd ed. New York: Macmillan Pub. Co.: Simon & Schuster Macmillan; London: Prentice Hall International, 1995.

²¹ De acordo com Fermin R. Schramm e com Maurizio Mori a bioética nasceu “[...] oficialmente nos anos 1970 como a mais importante forma de ética aplicada” (p. 51). Ver SCHRAMM, F. R. **Três Ensaio de Bioética**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

²² CLOTET, J. Bioética como ética aplicada e genética. **Revista Bioética**, v. 5, p. 173-183, 1997. Ver também: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. **Introdução à bioética**. Disponível em: <<http://www.ghente.org/bioetica/>>. Acesso em 30 nov 2020.

²³ REGO et al., 2020, *op. cit.*, p. 71.

²⁴ REGO et al., 2020, *op. cit.*, p. 72.

²⁵ ROMEU ALDAYA, V. Los fundamentos biológicos del sentido ético de la cultura. **Estudios sobre las Culturas Contemporáneas**, v. XXV, n. 49, 2019, p. 139-162, 2019.

²⁶ SCHRAMM, F. R. Toda ética é, antes, uma bioética. **Humanidades**, v. 9, n.4, p. 324-331, 1994., p. 324.

fundamentalmente, uma bioética”²⁷. Visões convergentes e divergentes – ora contraditórias, ora ambíguas – se apresentam ao se tratar das relações entre estes campos do conhecimento. Propõe-se – talvez como forma de superar tais impasses: *preliminar aposta* – uma composição entre Ética e Bioética, definindo-se, pois, a grafia *(Bio)ética*, a qual será utilizada de agora em diante²⁸.

(Bio)ética e proteção

O reconhecimento de que a (bio)ética (1) tem por vocação o “*estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas – das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar*”²⁹ e de que (2) funciona na “*lógica do pluralismo, como um instrumento para a negociação pacífica das instituições morais*” (p. 19)³⁰ assinala a importância da disciplina em termos da formulação e da resolução de problemas. De fato, propõe-se que as “funções” (a) descritiva e (b) normativa do campo do conhecimento possibilitam, respectivamente, explicitar os conflitos e agir para a busca das melhores soluções. Ou seja, a (bio)ética tem por objetivos: (a) apreciar os argumentos, a favor e contra, a atuação humana, nos contextos em que esta seja capaz de afetar a qualidade de vida, a saúde, a existência dos seres

²⁷ SCHRAMM, 1994, *op cit.*, p. 324.

²⁸ A escrita (bio)ética tem sido empregada, nos últimos anos, por alguns autores. Ver: (i) SIQUEIRA-BATISTA, R.; CARNEIRO, M. C.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S.; SILVA SANTOS, S. Cirurgia e (Bio)ética: o caso do consentimento livre e esclarecido. XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia, 2005, Rio de Janeiro. **Revista do CBC**, v. 32. p. 569-569, 2005; (ii) ROJAS, M.; CORNELLI, G. (Bio)Ética e (Bio)Tecnologia. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 6, n. 1-4, p. 115-138, 2010; (iii) BRAMA, G. M. R.; GRISÓLIA, C. K. Bio(ética) ambiental: estratégia para enfrentar a vulnerabilidade planetária. **Revista Bioética**, v. 20, n. 1, p. 41-48, 2012; e (iv) 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 e Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1481-1490, 2016.

²⁹ REICH, W. T., 1995, *op. cit.*, p. xxi.

³⁰ ENGELHARDT, H. T. **Manuale di Etica**. Milano: Il Saggiatore, 1991.

vivos – incluindo o *Homo sapiens* – e dos ambientes;³¹ e (b) tomar decisões baseadas nas análises empreendidas. Tais prerrogativas – (a) e (b), complexamente articuladas – abrem espaço para uma terceira finalidade: (c) proteger os envolvidos, o princípio que deve nortear as análises e decisões a serem tomadas no âmbito das questões (bio)éticas, como proposto por Fermin R. Schramm³² e Miguel Kottow³³. Tal perspectiva alinha-se ao disposto na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela UNESCO*³⁴, a qual, mesmo exibindo certo antropocentrismo ético, destaca a relevância da inclusão, entre as preocupações (bio)éticas, dos problemas concernentes ao meio ambiente e aos os demais seres.

A finalidade (c), formulada por Schramm e Kottow³⁵, pode ser enunciada em termos do princípio da proteção – considerado o “*mais apropriado para integrar responsabilidade moral e efetividade pragmática, respeitando a pluralidade de necessidades e os valores das sociedades atuais como alguma forma justa e razoável de propiciar bens sanitários*”³⁶ – o qual representa o *núcleo duro*³⁷ do programa da *Bioética da proteção* (BP). Tal corrente teórica – produto do pensamento latino-americano contemporâneo – se organiza a partir do

³¹ Aqui, a noção de “ambiente” pode ser ampla o suficiente para incluir o planeta Terra, e de forma mais abrangente, o Universo, como proposto nos diálogos entre Ética e Astrobiologia. Sobre este ponto, ver: GALANTE, D.; SILVA, E. P.; RODRIGUES, F.; HORVATH, J. E.; AVELLAR, M. G. B. *Astrobiologia [livro eletrônico]: uma ciência emergente / Núcleo de Pesquisa em Astrobiologia*. São Paulo: Tikinet Edição: IAG/USP, 2016.

³² SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p.1531-1538, 2017.

³³ KOTTOW, M. *Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano*. In: SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Fiocruz, 2005. p. 29-44.

³⁴ Cf. UNESCO. *Declaração Universal em Bioética e Direitos Humanos*. Tradução de Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. UNESCO, 2005. Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/documentos/declaracaojulho2006.pdf>. Acesso em 30 nov 2020

³⁵ Cf. SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. . Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n.4, p. 949-956, 2001.

³⁶ Cf. SCHRAMM; KOTTOW, 2001, *op. cit.*, p. 955.

³⁷ Em referência à epistemologia de Imre Lakatos. Ver: LAKATOS, I. *Falsification and the methodology of scientific research programs*. In: LAKATOS I. *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: University Press, 1974.

resgate etimológico do vocábulo grego *ethos* – arcaicamente referido à “morada”, “habitat” aberto ao “não familiar”³⁸ –, na perspectiva contemporânea de proteger “os pacientes morais, constituídos por pessoas, comunidades, outras espécies vivas e o próprio ‘mundo da vida’ (*Lebenswelt*) frente às possíveis consequências daninhas dos atos de agentes morais que podem prejudicar os pacientes morais”³⁹. A BP, é preciso comentar, foi inicialmente pensada para a abordagem de problemas atinentes à saúde pública, com o intuito de descrever e resolver as questões desta esfera – protegendo os envolvidos que têm as respectivas qualidades de vida afetadas – reconhecendo, de um ponto de vista analítico e pragmático, a responsabilidade dos agentes morais sanitários em termos da garantia do bem-estar dos destinatários das políticas públicas de saúde. Os focos principais da BP são, pois, os “indivíduos e populações de vulnerados e suscetíveis que não podem tomar decisões sozinhos, e não aos simplesmente vulneráveis, que, de fato, são todos os seres vivos”⁴⁰. Com efeito, tal corrente bioética incorpora a premissa de *práxis* ética dirigida à minimização do “sofrimento evitável a todos os seres sencientes”⁴¹, amparando-os em suas próprias vulnerações⁴². Deve ser destacado, todavia, que a BP experimentou importante ampliação no seu âmbito de reflexões, abrangendo situações tais como o aborto⁴³, o cuidado aos

³⁸ SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1534, p. 2017.

³⁹ *Idem*.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 1535.

⁴¹ *Ibid.*, p. 1534.

⁴² Os vulnerados são aqueles “que não são capazes de se protegerem sozinhos ou que não possuem algum amparo que venha da família, do grupo ao qual pertencem, do Estado ou da própria Sociedade, sendo que, neste sentido, a BP pode ser considerada como manifestação de uma preocupação constante que perpassa a história dos modos de convivência humana, que se manifesta claramente na cultura dos direitos humanos, ou, num âmbito mais extenso, que envolve as relações entre humanos e outros tipos de seres ou ambientes vivos, como no caso dos direitos animais e da proteção ambiental” (p. 1534-1535). Cf. SCHRAMM, 2017, *op. cit.*

⁴³ ESTEVES, A. P. V. S.; GOMES, A. P.; SCHRAMM, F. R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Abortion in cases of intra uterine malformation incompatible with life: laic compassion and bioethics of protection in the ethical debate. **Diversitates**, v. 4, p. 54-65, 2012.

enfermos com distúrbios mentais⁴⁴, a ética em pesquisa⁴⁵ e a eutanásia⁴⁶. As reflexões dirigidas a este último problema, a eutanásia, permitiram a formulação do conceito de *compaixão laica*, *core* da (Bio)ética para todos os seres, como será discutido a seguir.

Compaixão laica e (Bio)ética para todos os seres

A perspectiva de proteger um ser vulnerado – por exemplo, uma mulher / um homem em processo de morrer doloroso, no contexto da *boa morte*⁴⁷ – permite a indagação acerca da(s) motivação(ões) que sustentam a atuação daquele que ampara. Foi precisamente a investigação desse problema, há mais de uma década, que propiciou a criação do conceito de *compaixão laica*⁴⁸. À época, empreendeu-se especial esforço para pensar a *Compaixão* de matriz religiosa – própria às comunidades morais específicas, como a Budista (*Karuna*)⁴⁹ e a Cristã (*Compati*)⁵⁰, e que compartilham, em seus respectivos círculos, o mesmo rol de crenças – em termos filosóficos seculares, empreitada conduzida, no final do século

⁴⁴ FELÍCIO, J. L.; PESSINI, L. Bioética da Proteção: autonomia e vulnerabilidade dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**, v. 17, p. 10-15, 2009.

⁴⁵ ARAÚJO, L. Z. S. **A moralidade da pesquisa clínica e a bioética da proteção**. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências / Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

⁴⁶ SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1241-1250, 2009.

⁴⁷ *Boa-morte* = eutanásia. Cf. SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.1, p. 111-119, 2005.

⁴⁸ SIQUEIRA-BATISTA, R. **Às margens do Aqueronte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia**. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em Ciências / Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

⁴⁹ DALAI LAMA. **Os estágios da meditação**. Rio de Janeiro: Rocco; 2001. Ver também: WENCESLAU, L. D.; PORTOCARRERO-GROSS, E.; DEMARZO, M. M. P. Compaixão e medicina centrada na pessoa: convergências entre o Dalai Lama Tenzin Gyatso e Ian McWhinney. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 11, p. 1-10, 2016.

⁵⁰ **BÍBLIA SAGRADA**. 3ª ed. Lisboa: Difusora Bíblica; 1968.

XIX, de modo bastante original por Arthur Schopenhauer⁵¹. Uma das estratégias adotadas foi a articulação dos conceitos de proteção/cuidado/compaixão, entendendo-se a *proteção* como um ato de *cuidado*⁵² quicá motivado por *compaixão*, uma vez que se admita o “*ser humano como um ser-de-cuidado e de com-paixão*”⁵³. Ato contínuo, a primeira formulação da *compaixão laica*, em 2006, partiu do pressuposto de que há algo capaz de igualar *todos os seres vivos*, na medida em que estes “*são finitos e perecíveis, estando inscritos no tempo, subservientes, então, aos ditames do nascimento e da morte*”⁵⁴. Em um momento subsequente, no entanto, a proposta originária foi revista, ao se considerar as seguintes perguntas:

- (1) Todos os seres vivos são realmente mortais? O que dizer, por exemplo, das bactérias, as quais se dividem ininterruptamente em células filhas geneticamente idênticas? Não seria esta uma forma de ‘imortalidade’?
- (2) Quão nítidas são as fronteiras entre os seres vivos e os não vivos, especialmente ao se levar em consideração, por exemplo, vírus e prions?
- (3) Todos os seres não têm a mesma *arke* (origem e fundamento)?⁵⁵

A análise detida acerca de tais indagações expôs as dificuldades de obtenção de respostas consistentes, especialmente para as questões (1) e (2). Desta feita, a partir do reconhecimento da precariedade dos critérios de *nascimento* e de *morte*⁵⁶ e da indistinguibilidade entre o *vivo* e o *não-vivo*

⁵¹ De fato, para Arthur Schopenhauer a *compaixão* é a “*verdadeira motivação que está no fundamento de todas as ações dotadas de valor moral genuíno*” (p. 132). Cf. SCHOPENHAUER, A. **Sobre o fundamento da moral**. Trad. de Maria Lúcia Oliveira Cacciola. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Nesse sentido, destaca-se que “(...) a *compaixão* é o alicerce moral de várias tradições sagradas e, em particular, a partir do final do século XIX, do sistema filosófico proposto por Arthur Schopenhauer” (p. 1242). Cf. SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009, *op. cit.* Ver também: REDYSON, D. Schopenhauer e o pensamento Oriental. **Religare**, v. 7, p. 3-16, 2010.

⁵² Deve ser comentado, em concordância com Leonardo Boff, que o *cuidado* é constitutivo da experiência humana de existir – “*não se trata de pensar ou falar sobre cuidado como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar em como o cuidado é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não temos cuidado. Somos cuidado*” (p. 89). BOFF, L. **Saber Cuidar - Ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2002.

⁵³ BOFF, L. **Princípio da compaixão e cuidado: encontro entre ocidente e oriente**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 18.

⁵⁴ SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009, *op. cit.*, p. 1245.

⁵⁵ SIQUEIRA-BATISTA, 2010, *op. cit.*, p. 352.

⁵⁶ Esta discussão é particularmente complexa ao se discutir sobre o início e o fim da vida. Cf.

nestas situações fronteiriças, acenou-se para a inclusão de *todos os seres*, passíveis de *vir-a-ser* e de *deixar-de-ser*, no âmbito do discurso (bio)ético.

A ideia inicial de *igualdade essencial* intrínseca aos seres vivos⁵⁷ foi, então, redimensionada em termos de uma compreensão ainda mais *profunda* da realidade, acenando-se para a *quididade* – termo afim à expressão aristotélica *τό τι ἦν εἶναι*⁵⁸, ou seja, *o que faz com que uma coisa seja aquilo que é* – de *todos os seres*, vivos e não-vivos. Em última análise, a *quididade* se compõe “à *essência de uma forma geral, ou para se referir a uma forma de compreender a essência*”⁵⁹. Com efeito, para São Tomás de Aquino, “*aquilo pelo que a coisa é estabelecida no próprio gênero ou espécie é isto que é significado pela definição indicando o que a coisa é, daí vem que o nome de essência é transformado pelos filósofos no nome de quididade*” (I, 5)⁶⁰. Esta, pois, diz respeito à natureza última de algo, ou em outros termos, trata-se propriamente do vocábulo que faz referência à “*essência da coisa – aquilo que faz dela tal ser*”⁶¹.

Ao tomar a quididade como um aspecto essencial da realidade, abrem-se as possibilidades para a recepção de *todos os seres* no espaço de consideração ética. Tudo aquilo que existe – ou seja, aqueles que *vêm-a-ser* e que *deixam-de-ser* – pode ser pensado em termos de uma *totalidade*, compreensível à luz da noção grega de *φύσις* (*phýsis*)⁶², na medida em que

REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2020, *op. cit.*

⁵⁷ SIQUEIRA-BATISTA, 2006, *op. cit.*

⁵⁸ De acordo com Nicola Abbagnano, quididade “*corresponde à expressão aristotélica τό τι ἦν εἶναι (quod quid erat esse). Esse termo significa essência necessária*” (p. 820). Cf. ABBAGNANO, 2003, *op. cit.* Ver também: ARISTÓTELES. **Metafísica**. Porto Alegre: Globo, 1969.

⁵⁹ Cf. FERRATER MORA, 1967, Tomo II, *op. cit.*, p. 513.

⁶⁰ Cf. TOMÁS DE AQUINO. **O ente e a essência**. 2ª ed. Trad. de Carlos Arthur do Nascimento. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

⁶¹ Cf. LAZARINI, R. **A importância da quididade segundo a teoria do conhecimento de Tomás de Aquino**. X Seminário de Pós-Graduação em Filosofia da UFSCar, 2014, p. 349.

⁶² Etimologicamente, o vocábulo *phýsis* é formado pelo sufixo *sis* e pela raiz verbal *phy*. Para W. Jaeger “a palavra também abrange a fonte originária de todas as coisas, aquilo a partir do qual se desenvolvem e pelo qual seu desenvolvimento se renova constantemente; em outras palavras, a realidade subjacente às coisas de nossa experiência” (p. 26). Cf. JAEGER, W. **La teología de los primeros filósofos griegos**. Trad. de José Gaos. México: Fondo de Cultura Económica, 1952. Deste modo, a *phýsis* indica aquilo que por si brota, emerge, surge de si

esta diz respeito a “*tudo o que existe, nada existe que não seja φύσις*”⁶³, ou seja, “*a phýsis compreende a totalidade de tudo o que é*”⁶⁴. Contemporaneamente, a concepção de totalidade pode ser enunciada em consonância com o pensamento de David Bohm:

(é) enganoso e sem dúvida errado supor, por exemplo, que cada ser humano é uma realidade independente que interage com outros seres humanos e com a natureza. Em vez disso, **todos esses** são projeções de uma totalidade única. (...) Deixar de levar isso em consideração deve, inevitavelmente, levar aquele que o deixa a uma confusão séria e persistente em tudo o que faz.⁶⁵

O excerto exprime a ideia de pertencimento, de tudo o que existe, a uma *totalidade única*, a qual é concebida, não apenas como simples somatório dos seres, mas, especialmente, em termos das relações que estes estabelecem entre si, em uma compreensão de que os mesmos são *interdependentes*, de modo que pode se considerar que “*nenhum processo físico é isolado. Um evento, toda ocorrência, possui um vínculo íntimo com a sua vizinhança*”⁶⁶. Tal é o alcance da *interdependência*, cujos referenciais podem ser buscados no âmbito da ecologia profunda de Arne Naess, a qual “*vê o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma rede de fenômenos que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes*”⁶⁷.

próprio e se manifesta neste desdobramento, pondo-se no manifesto. Para aprofundamento dessa discussão, ver BORNHEIM, G.A. **Os filósofos pré-socráticos**. São Paulo: Cultrix, 2008 (p. 11-14). Ver também JAEGER, W. **Paideia: formação do homem grego**. Trad. de Artur M. Parreira. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010 (p. 190-229).

⁶³ SIQUEIRA-BATISTA, R.; BATISTA, R. S. Diógenes Laércio e o alvorecer da filosofia. **Alethéia** (Goiânia), v. 9, p. 121-128, 2014, p. 123.

⁶⁴ BORNHEIM, G. A. **Os filósofos pré-socráticos**. São Paulo: Cultrix, 2008, p. 13.

⁶⁵ BOHM, D. A totalidade e a ordem implicada. Uma nova percepção da realidade. Tradução de Mauro de Campos Silva. São Paulo: Cultrix; 1992, p. 275. **Grifo** de R. Siqueira-Batista.

⁶⁶ NOVELLO, M. **Máquina do tempo: um olhar científico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005., p. 31. Para David Bohm, com efeito, a teoria quântica propõe (1) a existência de uma unidade básica no universo – identificável como *totalidade* – e de (2) uma constitutiva *interdependência* de todas as coisas. BOHM, 1992, *op. cit.*

⁶⁷ A Ecologia Profunda foi proposta pelo filósofo norueguês Arne Naess, em 1973. NAESS, A. The shallow and the deep, long-range ecology movements: a summary. **Inquiry**, v. 16, n. 1-4, p. 95-100, 1973, p. 26. Deve ser ressaltado, em termos da *Ecologia Profunda*, que “*Todos os seres vivos são membros de comunidades ecológicas ligadas umas às outras numa rede de interdependências*.”

O entendimento, de um ponto de vista racional e razoável, de que a *quididade* (inerente a todos os seres) pode ser formulada em termos da *totalidade* e da *interdependência* torna necessária a revisão dos referenciais bioéticos usuais, os quais dizem respeito, via de regra, apenas à vida do *H. sapiens* – quando muito, à vida de alguns animais não humanos... –, em resposta ao inequívoco reconhecimento do valor de tudo o que existe, o qual se torna manifesto, em termos éticos, na acolhida incondicional. Aqui, precisamente, emerge a ideia de uma *compaixão laica 2.0* – cuja formulação apresenta-se no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese argumentativa da *compaixão laica*.

- (1) Todos os seres estão inscritos no espaço e no tempo, subservientes, então, aos ditames do *vir-a-ser* e do *deixar-de-ser*;
- (2) Esta característica torna-os compartes de uma igualdade essencial, estabelecida em termos da *quididade*;
- (3) Todos os seres – os quais vêm-a-ser e deixam-de-ser – podem ser pensados em termos de *totalidade* e de sua *interdependência*;
- (4) A atitude diante de um igual – no plano, imanente, da existência (*quididade*, *totalidade* e *interdependência*) – somente pode ser de incondicional acolhida, *amparo*, uma vez que a aceitação de (2) e (3) torna inconsistente que *aquele que acolhe* se veja completamente independente (e apartado) *daquele que é acolhido*;
- (5) A oferta de amparo a todos os seres – havendo distinção, mas não separação, entre aquele que “recebe” e aquele que é “recebido” – diz respeito à acolhida da igualdade radical imanente à condição de existente;
- (6) A acolhida/proteção do outro, em tal circunstância, só pode ser obtida sem julgamento, ou seja, a partir da recepção incontestada de sua *situação-no-mundo* (a despeito dos sofrimentos, desejos e decisões autônomas, em relação à sua própria existência);
- (7) O acolhimento/proteção/cuidado assim expressos é um genuíno ato de *compaixão laica*.

Fonte: Modificado de SIQUEIRA-BATISTA⁶⁸ e de SIQUEIRA-BATISTA⁶⁹.

A partir da síntese exposta no Quadro 1 torna-se claro que a primeira etapa para o exercício da *compaixão laica* é o reconhecimento da

Quando essa percepção ecológica profunda torna-se parte de nossa consciência cotidiana, emerge um sistema de ética radicalmente novo” (p. 28). Cf. CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Trad. de Newton R. Eichenberg. São Paulo: Cultrix; 2012.

⁶⁸ SIQUEIRA-BATISTA, 2006, *op. cit.*, p. 135.

⁶⁹ SIQUEIRA-BATISTA, 2010, *op. cit.*, p. 355-56.

igualdade radical de todos os seres – compreendida em termos do conceito de (i) *quididade* –, a qual se articula à noção de (ii) *totalidade* (cuja referência primordial é o conceito grego de *φύσις*) e o reconhecimento da (iii) *interdependência*. A atitude diante de um igual, lançado no espaço e no tempo, impõe que se adote irrestrita receptividade – *incondicional hospitalidade*⁷⁰ –, uma vez que a *compreensão* desta condição de *igualdade essencial* torna inconsistente que aquele que recebe se perceba de modo completamente apartado daquele que é recebido. É precisamente nesse contexto que emerge o amparo que se estabelece entre os seres envolvidos, consistindo em uma genuína recepção à igualdade constitutiva de suas condições, sem julgamento. A oferta do acolhimento irrestrito ao outro não diz respeito – é importante frisar – à adoção de um posicionamento paternalista⁷¹, pois, de fato, a acolhida – assim como a proteção e o cuidado –, não pressupõe a submissão daquele que é *recebido* em relação àquele que *recebe*. Desta feita, o exercício da *compaixão laica* contempla, em última análise, “*oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios*”⁷². Ou seja, atuar compassivamente pressupõe o não-julgamento, elemento essencial para a cabal acolhida de

⁷⁰ Esta *receptividade irrestrita* tem genuína sintonia com o conceito de hospitalidade incondicional de Jacques Derrida: “*Digamos sim ao que chega, antes de toda determinação, antes de toda antecipação, antes de toda a identificação, quer se trate ou não de um estrangeiro, de um imigrado ou de um visitante inesperado, quer o que chega seja ou não cidadão de um outro país, um ser humano, animal ou divino, um vivo ou um morto, masculino ou feminino*” (p. 69). DERRIDA, J. **Questão do estrangeiro: vinda do estrangeiro**. In: Dufourmantelle Anne, organizadora. Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade. Trad. de Antonio Romane. São Paulo: Escuta; 2003.

⁷¹ SIQUEIRA-BATISTA, R. Eutanásia e compaixão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n.4, p. 334-340, 2004.

⁷² BRANDON, D. **Ajuda pelo Zen-Budismo**. Trad. de Júlio César Assis Küll e José Sidnei Pereira. São Paulo: Pensamento; 1976, p. 51.

um *outro*, existente, lançado no *vir-a-ser* e no *deixar-de-ser*.

A composição sumarizada nesta seção fundamenta, de modo um pouco mais acabado, a proposta de uma *(Bio)ética para todos os seres* (Figura 1). Algumas de suas vinculações conceituais foram assinaladas, com destaque para (1) a *Bioética da proteção* (Schramm & Kottow), (2) a *Ética da compaixão* (Budismo e Schopenhauer), (3) a *Ética do cuidado* (Boff) e (4) as concepções de *quididade* (Aristóteles e São Tomás de Aquino), *totalidade* (Pensamento grego originário e Bohm), *interdependência* (*Ecologia profunda* de Naess) e *hospitalidade incondicional* (Derrida). Mas, é mister reconhecer débitos teóricos igualmente importantes, especialmente com a *Ética da reverência pela vida*, de Albert Schweitzer, e com a *Ética da Terra*, de Aldo Leopold:

Uma ética que nos obrigue somente a preocupar-nos com os homens e a sociedade não pode ter esta significação. Somente aquela que é universal e nos obriga a cuidar de todos os seres nos põe de verdade em contato com o Universo e a vontade nele manifestada”⁷³.

A ética da terra simplesmente amplia as fronteiras da comunidade para incluir o solo, a água, as plantas e os animais, ou coletivamente: a Terra. Isto parece simples: nós já não cantamos nosso amor e nossa obrigação para com a terra da liberdade e lar dos corajosos? Sim, mas quem e o que propriamente amamos? Certamente não o solo, o qual nós mandamos desordenadamente rio abaixo. Certamente não as águas, que assumimos que não tem função exceto para fazer funcionar turbinas, flutuar barcas e limpar os esgotos. Certamente não as plantas, as quais exterminamos, comunidades inteiras, num piscar de olhos. Certamente não os animais, dos quais já extirpamos muitas das mais bonitas e maiores espécies. A ética da terra não pode, é claro, prevenir a alteração, o manejo e o uso destes 'recursos', mas afirma os seus direitos de continuarem existindo e, pelo menos em reservas, de permanecerem em seu estado natural⁷⁴.

⁷³ SCHWEITZER, A. **The ethics of reverence for life.** *Christendom*, v. 1, p. 225-39, 1936. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/schweitz.htm>>.

⁷⁴ LEOPOLD, A. **A sand county almanac and sketches here and there.** New York: Oxford, 1989, p. 204. Disponível em <<https://www.ufrgs.br/bioetica/landethi.htm>>.

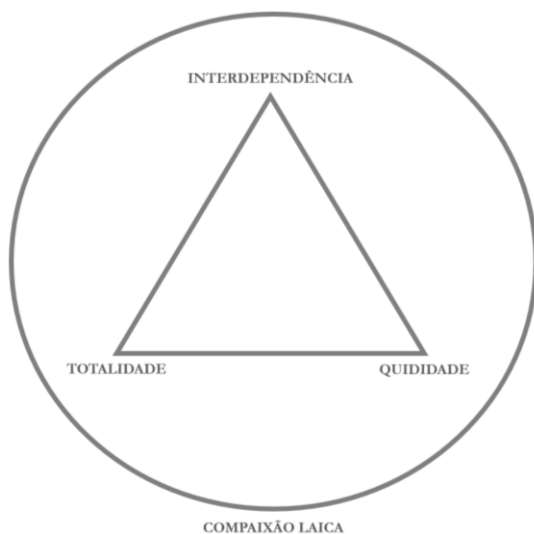


Figura 1. (Bio)ética para todos os seres – conceitos fundamentais: quididade, totalidade, interdependência e compaixão laica.

Em relação às citações, é interessante notar que Schweitzer e Leopold trouxeram salutar influência para o pensamento bioético de Potter, tanto nos primórdios dos anos 1970, quanto mais recentemente, por ocasião do anúncio da *Bioética global*⁷⁵. Elementos significativos do pensamento dos autores, mormente a obrigação de “*cuidar de todos os seres*” e a ampliação das “*fronteiras da comunidade (...) para incluir a Terra*” são propostas de vanguarda – dirigidas, em última análise, (i) à superação do discurso ético tradicional, marcado pelo antropocentrismo não responsável, e (ii) à crítica do consumismo desenfreado, bastante afins à lógica neoliberal do capitalismo tardio⁷⁶ –, às quais se articula, intimamente, a compreensão da *igualdade essencial*⁷⁷ atávica a todos os seres.

⁷⁵ POTTER, V. R. **Bioética Global: Construindo a partir do Legado de Leopold**. Trad. de Cecília Camargo Bartalotti. São Paulo: Loyola, 2018.

⁷⁶ Vasconcellos C, Puzone V. Estática e dinâmica do capitalismo tardio na teoria crítica. **Tempo Social**, v. 30, n. 3, p. 85-102, 2018.

⁷⁷ SIQUEIRA-BATISTA, 2008, *op. cit.*

Tais vinculações – assim como as reverberações do próprio pensamento de Jahr⁷⁸ e de Potter⁷⁹ – precisam ser presentemente explicitadas, por uma questão *epistemológica* – em atenção ao arcabouço conceitual originalmente proposto –, mas, sobretudo, por um propósito *ético*, dado o reconhecimento da primazia do pensamento de outrem para a própria formulação teórica que ora se apresenta.

Para não concluir

O presente ensaio é um genuíno proêmio à caracterização da *(Bio)ética para todos os seres*. De fato, a partir (1) da breve exposição teórica para sustentação da grafia *(bio)ética* e (2) da sucinta apresentação de pontos relevantes da *Bioética da proteção* – o que se justifica pela vinculação histórica entre as correntes – chegou-se à (3) produção teórica baseada nas ideias de *quididade*, *totalidade*, *interdependência* e *compaixão laica*, reconhecendo-se a centralidade desta última, a qual “*coincide com o próprio ethos do mundo homérico – agora dimensionado em oikos –, na medida em que se institui como morada, acolhida incondicional da experiência de viver*”⁸⁰. De fato, originalmente pensado para as questões éticas atinentes ao fim da vida⁸¹, o conceito de *compaixão laica* foi articulado às questões ambientais, amalgamado à ecologia profunda⁸² e à *práxis* no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na reflexão sobre o racismo institucional⁸³ e na atenção à saúde no espaço-tempo da Estratégia Saúde da Família⁸⁴.

⁷⁸ JAHR, 1927, *op. cit.*

⁷⁹ POTTER, 1970, *op. cit.*

⁸⁰ SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009, *op. cit.*, p. 1249.

⁸¹ SIQUEIRA-BATISTA, 2010, *op. cit.*

⁸² SIQUEIRA-BATISTA; GOMES; RÔÇAS, 2009, *op. cit.*

⁸³ CRUZ, I. C. F. Anotações sobre como os profissionais de saúde podem desconstruir o racismo institucional dirigido à população negra no SUS. **Boletim NEPAE-NESEN**, v. 13, n. 2, p. 1, 2016.

⁸⁴ CUNHA OLIVEIRA, I. L. V. A.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Biopolítica, biopoder e Estratégia Saúde da Família: a bioética da proteção como antídoto**. In:

A reflexão ora entabulada representa uma síntese preliminar da proposta título do ensaio, compondo-se como resgate/revisão de um singelo esboço teórico de outrora⁸⁵. Os próximos movimentos anunciam a *invenção* dos conceitos sucintamente apresentados, seguindo, quem sabe, a *plana e imanente* pressuposição de Gilles Deleuze e Félix Guattari de que o “*filósofo inventa e pensa o Conceito*”⁸⁶. E à (bio)ética, cuja ancestralidade filosófica não se pode olvidar, talvez caiba “*criar conceitos novos*”⁸⁷ capazes de acenar – com todas as limitações inerentes à amizade à sabedoria – para o radical amparo à singela beleza... De todas as formas de existir.

Conserva o Vazio Absoluto
 E a Paz Perfeita permanecerá
 Todas as coisas têm uma mesma origem
 E dela as contemplamos a retornar
 Todas as coisas emanam, florescentes
 E cada uma delas retorna à sua origem
 Regressar ao seu princípio é repousar
 Repousar é encontrar novo destino
 O regresso ao destino se chama eternidade
 O que conhece o eterno, se chama iluminado
 O que desconhece o eterno encontra a miséria
 Quem conhece a eternidade, tudo possui
 Quem é justo com os demais, é soberano
 Quem é soberano, é semelhante ao Supremo
 O Supremo é o caminho do Tao
 Alcançando o Tao, terá a vida eterna
 E ainda que seu corpo morra, nunca perecerá.⁸⁸
 Lao Tsé

PALÁCIOS, M. Bioética, saúde e sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019. p.41-72.

⁸⁵ SIQUEIRA-BATISTA, 2006, *op. cit.*; ver também SIQUEIRA-BATISTA, 2008, *op. cit.*

⁸⁶ DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Trad. de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. São Paulo: Editora 34, 1992, p. 11.

⁸⁷ DELEUZE; GUATTARI, 1992, *op. cit.*, p. 76.

⁸⁸ LAO TSÉ. **Tao Te Ching**. Trad. de Norberto de Paula Lima. 8ª ed. Curitiba: Hemus, 2002.

A BIOÉTICA, A CIÊNCIA E A ÉTICA LOGOSÓFICA

Márcio Niemeyer-Guimarães

Flávio Niemeyer-Guimarães

“Falei ontem, ou antes de ontem, recorde, algo sobre as oportunidades. Mas, mesmo sem havê-las criado, por acaso todos não têm milhares de oportunidades que desaproveitam minuto após minuto? Vou apontar-lhes uma delas, muito grande, por ser aquela, eu diria, que quase sem exceção todos desaproveitam. É a oportunidade que permanentemente rodeia o ser ao situá-lo no meio de seus semelhante”.

Carlos Bernardo González Pecotche

A (Bio-)Ética e a Ciência: histórico

O papel do médico impõe uma rotina de amplas ações em distinguir e alcançar diversos objetivos quando se referem à saúde de alguém, que devem ser complementares, e não isoladas, exclusivas ou eventuais. Quando se pretende buscar reestabelecer a funcionalidade, curar uma enfermidade, equilibrar uma insuficiência orgânica, ele estará exposto a uma série de confrontos para decisões clínicas que expõem *implicações éticas*, e também com *decisões éticas* que desencadeiam implicações *clínicas*. Pelo fato de serem tarefas muitas das vezes difíceis e complexas, e também sujeitas às frustrações, é fundamental a atenção apurada em considerar o justo equilíbrio para as tomadas de decisões, sempre com a atitude sublime para compensar as perdas, para aliviar os sofrimentos, para confortar os pacientes e as famílias, aliadas ao comportamento sereno ao acompanhar ativamente a progressão de uma doença crônica, em especial quando progressiva e irreversível. Sem dúvida que esta posição contribuirá para se evitar os exageros de ações desproporcionais da assistência em situações de fim de vida, através do uso inadequado das biotecnologias,

ao se reconhecer a fase de terminalidade e as limitações da ciência médica, mas adaptando *ajustadamente* os benefícios alcançados pelo avanço do conhecimento científico com a proteção requerida dos pacientes¹.

Desta forma, entende-se que é função do médico tratar a pessoa doente da melhor forma possível, e não seria ético sem este ponto de vista. O problema surge, então, do fato que há uma série de implicações na prática médica além do desejo ou da intenção do melhor tratamento possível a tais pessoas doentes, em especial no contexto da irreversibilidade das condições progressivas, críticas, de saúde, quando existem as decisões éticas que podem levar às consequências clínicas inevitáveis. É, portanto, fato a necessidade de uma formação fundamentada em ética nas áreas da saúde, que pode se constituir numa disciplina específica, a *ética biomédica*, e invariavelmente com conceitos ampliados à *ética aplicada* e à *bioética*. O foco na formação técnica na área da saúde, e a exigência na habilidade no manuseio das biotecnologias não poderá, jamais, atenuar **a propriedade dos conhecimentos que pressupõe a ética em qualquer área** (mais especificamente na saúde) **para a sua atuação mais ponderada**, e que será sempre exigida nos seus mais diversos aspectos.

Em tempos mais antigos, as pessoas questionavam-se sobre o comportamento a ser adotado e as decisões a serem tomadas com relação à saúde, à doença, ao sofrimento, à morte. Com isso, vários rituais, códigos, tratados eruditos milenares surgiram sobre o assunto, atendendo às diversas tradições. A *ética médica* no Ocidente, apesar de reconhecida sua gênese em *Hipócrates*, através da descrição de alguns destes comportamentos e atitudes como referenciais de *normas morais* de conduta, não é considerada por este fato a origem histórica da *bioética*. Esta,

¹ GONÇALVES, A. M. **Reanimar? – Histórias de Bioética em Cuidados Intensivos**. Porto: Modo de Ler – Centro Literário Marinho, Lda., 2017.

apresentando várias e antigas raízes, corresponde a uma nova etapa de reflexão. O mito de *Asclépio* insinua alguns aspectos cujos desdobramentos posteriores foram da maior relevância na fundação da **leges artis** (a arte da medicina), pelo **eidos** (da medicina) – conhecimento ensinado e transmitido, e também pelas **technai** (técnicas), práticas e regras, ou instrumentos de determinada arte. Poder-se-iam mencionar para esta época os aspectos de uma medicina preventiva/curativa, a cirurgia/clínica médicas e, mais além, uma aspiração subentendida para *vencer a morte*, tão cotidiana na medicina contemporânea. Segundo *Siqueira-Batista* (2003)², de modo similar, na narrativa mítica de ‘*A Ilíada*’ — também são descritos antigos referenciais sobre a prática médica entre os *helenos*, no contexto de uma sociedade guerreira, e pela necessidade de se cuidar dos ferimentos de guerra. Estes ‘*médicos*’ pertenciam a quatro escolas, com destaque no panorama grego clássico: duas já consolidadas no final do século VI a.C. — (1) os representantes da *Magna Grécia* (escola de medicina italiana) e (2) o grupo de *Cirene* (situada no norte da África); e as outras duas, localizadas na Ásia Menor, e que chegaram ao apogeu por volta do século V a.C. — (3) os médicos de *Cós* e (4) os integrantes de *Cnidos*. Mesmo pelas características principais constitutivas da Escola de *Cós*, na qual *Hipócrates* ensinou e praticou, muito tem sido discutido sobre a impossibilidade de um único autor médico antigo (com referência a *Hipócrates*) ser o responsável de toda a obra denominada o *Corpus Hippocraticum*, e cada vez mais difícil determinar, no conjunto dos tratados, que os livros possam ter sido redigidos pelo próprio *Hipócrates*. É descrito que o *Corpus* contém aproximadamente sessenta tratados que variam tanto nos assuntos abordados quanto nos estilos de escrita adotados — embriologia, fisiologia, patologia geral, diagnóstico, prognóstico, tratamento,

² SIQUEIRA-BATISTA, R. **Deuses e Homens: Mito, Filosofia e Medicina na Grécia Antiga**. São Paulo: Landy Livraria Editora e Distribuidora Ltda, 2003.

prevenção e, em especial, *aspectos éticos*. As diferenças acentuadas tornam os escritos por vezes contraditórios, indicando que tais textos médicos possam ter sido escritos por diversos colaboradores, possivelmente sob assessoramento do mentor de Cós. Além, alguns dos tratados do *Corpus* podem ter sido escritos não apenas por estes diferentes colaboradores, por exemplo, da escola de Cnidos, mas em épocas variadas. De fato, a obra médica da Escola de Cós perpassa a história até os dias atuais de forma ampla e fecunda, e o trabalho de *Hipócrates* permitiu abrir uma nova e ampla fronteira para o desenvolvimento da medicina no Ocidente, tornando-a não apenas uma *episteme*, mas também uma fonte autêntica para a vida espiritual do povo heleno. Deve-se ressaltar, entretanto, que no âmbito *ético* e *deontológico* a influência hipocrática se manteve tão intensa pelas várias recomendações imanentes à prática contemporânea, impondo determinados limites pertinentes ao bom exercício profissional, como a *solidariedade grupal* — as pessoas estranhas ao serem aceitas como discípulos tornavam-se equiparadas aos filhos — e a *proibição decisiva de praticar atos considerados ilícitos* — como utilizar métodos para abreviar a vida de outrem ou praticar o abortamento. Assim, o fazer médico pode ser dividido em dois domínios principais: a doutrina, importante herdeira da filosofia pré-socrática; e o método, que pressupõe a observação do enfermo, de natureza claramente empírica ao orientar a prática clínica. Este último permanece útil e válido até os dias de hoje, com grande relevância na prática clínica, o mesmo não ocorrendo, no entanto, com a *doutrina hipocrática*, a qual, apesar de sua beleza, tornou-se obsoleta com o passar dos anos e a evolução do conhecimento³.

Pela consolidação progressiva do experimentalismo científico como comprovação dos conhecimentos teóricos desde o século XVII, e

³ *Idem*.

com seu predomínio no século XIX, vários saberes foram se constituindo como ciências, por diferentes expressões de conhecimento objetivo e universal. Dessa forma, houve um ‘desapego’ à filosofia, com o ‘enfraquecimento’ da *ética* em sua fundamentação *metafísica* (interpretação racional do real, apesar da subsistência da fundamentação racional *kantiana* como universal). É nesse momento de distanciamento entre ciência e ética – esta com as suas manifestações analíticas – que há uma percepção dissimulada de que o conhecimento construído pela ciência coincidiria com o *bem* que realiza.

O próprio desenvolvimento da ciência foi gradativamente sendo confrontado pelas trágicas consequências humanas e um novo despertar da consciência humana foi sendo buscado em torno de uma proposta de recuperação da articulação perdida no passado para uma nova relação entre a finalidade da *ciência* e o papel da *ética*. E nisto resultou a conquista do poder próprio da ética – de investigação meticulosa do *sentido moral da ação humana* – e na subordinação da ciência aos seus próprios desígnios como uma reformulação diante das novas circunstâncias. Ressalta-se que o poder da ciência não deverá estar sujeito à ética, nem esta deve se comportar como uma potência preventiva contrária à ciência, pois o resultado seria uma disputa sem fundamentos. O interesse do homem não deveria ser uma competição entre *ciência* e *ética*, mas numa colaboração e complementaridade recíprocas. As reflexões sobre a natureza das ações técnicas e científicas, sobre os fundamentos, os meios escolhidos para execução, os procedimentos desenvolvidos, como também as finalidades e as consequências daquelas ações pertencerão à *ética*. Diante de uma perspectiva de intervenção no âmbito da ciência, a ética poderá ser apontada sob três formas: a de imposição de limites (ação **repressiva**), que a representaria como *reduzidora*, *violadora* da ciência e *indigna* do homem; a de elaboração de regras (ação **normativa**), que exige *imperativos legais* para

padronização de boas práticas – e que também poderá ser repressiva se ditada exclusivamente pelo *Direito* na ausência de um consenso ético prévio; e, a de constituição de uma consciência esclarecida e lúcida (ação **formativa**), que traz questões tanto à sociedade comum quanto à científica no intuito de informação e de educação, em prol do exercício de uma cidadania ativa, uma sociedade prestativa e da democratização das ciências sob elevado padrão de integridade⁴.

Retomando os movimentos da modernidade no século XX, diversas reflexões filosóficas, com base no *existencialismo*, no *personalismo* e no *dialogismo*, visaram denunciar os excessos resultantes das novas correntes do pensamento moderno e as suas consequências devastadoras na vida pessoal, política e social. Elas apoiavam a reprovação dos movimentos *reducionistas* por se configurarem no risco de fragmentação do homem na sua intimidade, e desta forma indicavam a alusão da *tradição* filosófica clássica, em especial às reflexões sobre o pensamento e a vida. Elas corresponderiam às correntes *humanistas*, e certamente vieram a influenciar as relações interpessoais (em especial a relação médico-paciente), já que recomendavam uma filosofia de *unidade* de pensamento e vida.

Dentre estas correntes, preocupações por parte de *personalistas*, como *Emmanuel Mounier*, bastavam às experiências e aos testemunhos pessoais, com ênfase ao *sujeito* pela recolocação da pessoa humana e de sua dimensão comunitária no centro da reflexão e da ação, à revalorização da pessoa humana, sua dignidade inalienável e sua qualidade de sujeito numa dimensão comunitária e transcendente⁵.

Para *existencialistas* como *Martin Heidegger* e *Jean Paul-Sartre*, o pensamento filosófico tinha como propósito a reavaliação do sentido da

⁴ NEVES, M. C. P. **O Admirável Horizonte da BioÉtica**. Lisboa: Glaciar, 2016.

⁵ MOUNIER, E. **O personalismo**. São Paulo: Centauro Editora, 2004.

existência concreta em relação à abstração das ideias puras, permitindo a libertação pelo crescimento de uma realidade profunda, ampla e de longo alcance, capaz de operar a transformação criativa.

Já pela filosofia *dialógica*, representada pelo humanista *Martin Buber*, destacava-se o valor das relações, sem anular os indivíduos. *Emmanuel Levinas*, expoente representante *dialógico*, reconhecia na palavra e no diálogo uma das principais formas de desenvolvimento da inteligência e do amor, pois, ao valorizar os *aspectos relacionais*, emancipava-os do isolamento dos modernistas por considerar que os tipos de relação entre os seres constituem-se em diversos modos de existência – o diálogo não configura uma simples conversa, mas um modo de ser e de estar no mundo, que permite estabelecer relações com o outro⁶.

Também a pesquisa biomédica e as práticas em medicina foram intensamente modificadas, afetadas pelo paradigma biotecnocientífico, com a evolução da sociedade e da economia, exigindo da *ética médica* ampliação da reflexão e das possíveis intervenções para buscar soluções e deliberar sobre os problemas que ninguém poderia ter previsto. Aquelas visões *humanistas* da centralidade da existência concreta e a resposta individual a tais desafios que o ambiente coloca, da defesa da dignidade inalienável de cada pessoa, do diálogo interpessoal, único, que não pode ser repetido, e do compromisso com uma forma de conduta interpessoal e social fortaleceram convicções filosóficas fundamentais e que continuam até hoje⁷. *Paul Ricoeur* (1998)⁸, filósofo francês, também delineou seu pensamento para retomar a reflexão *ética filosófica* – aquela concepção prática esquecida por muitos séculos, que no Ocidente ficou por muito

⁶ GONÇALVES, *Op. Cit.*, 2017.

⁷ *Idem*.

⁸ RICOEUR, P. Comunicação de Paul Ricoeur [Colóquio internacional Simone Weil-Paul Ricoeur do Rio de Janeiro, 13–15 setembro 1993]. **Théo Phi Lyon (L'éthique et l'universel)**, *Revue* 3, v. 1, p. 11–13, 1998.

tempo sob dominação da religião cristã – baseada no trabalho da razão, e articulada em torno do eixo da tradição-inovação: fidelidade ao passado e audácia na criação. Ele justifica que a *tradição* não é um depósito inerte, imutável, mas um recurso inesgotável de riqueza que somente se expõe pela capacidade de recepção e de reinterpretação nos dias atuais⁹. O interesse da *filosofia* pelas questões éticas nas práticas na área da saúde remontam a contribuição de *Aristóteles*, filósofo grego do século IV a.C., cuja visão era orientada para a obtenção da felicidade e estruturada em torno das virtudes. Destaca-se particularmente a virtude da *prudência*, como a reflexão para a adequada tomada de decisão. Na época moderna, quando a filosofia retoma sua autonomia e a ética reassume a sua importância, os filósofos deixaram de se interessar pela prática (incluindo a prática clínica), e se interessaram mais pelos assuntos considerados mais nobres, como *as teorias éticas* e pela *análise de conceitos fundamentais*. Foi assim que, nos primórdios do século XX, a reflexão filosófica atribuiu tanta importância à análise dos conceitos perdidos pelas questões concretas que surgiam, por exemplo, na prática médica – o interesse pela prática é mais recente, e permeia os temas da *ética aplicada* e da *moral*. Mesmo assim, todas as teorias éticas ao longo dos últimos séculos tiveram repercussão na reflexão da *ética médica*, como nas demais áreas profissionais da assistência à saúde, com alcance na atualidade: *Immanuel Kant* influenciou de forma apreciável a filosofia moral, especialmente na bioética, em razão de sua concepção dos *deveres* e *obrigações*; a corrente *utilitarista*, pelo enunciado sobre a moralidade de uma ação sobrevir absolutamente na sua *utilidade* ou em *suas consequências*; a corrente *personalista*, ao colocar a pessoa no centro das preocupações; e a *filosofia de valores* que estrutura a ética sobre os valores¹⁰.

⁹ *Idem*.

¹⁰ DURAND, G. *Introdução geral à Bioética: História, conceito e instrumentos*. São

A *ética religiosa*, outra corrente de reflexão ética que precedeu a bioética, utiliza a razão para interpretar a ‘palavra divina’, com base nas tradições religiosas específicas, nas orações, na confiança e no temor a Deus, descritos em seus livros, para ensinar que *tudo* – como saúde, doença, morte – está sob o controle de Deus. E, embora tenha aspectos distintos e correntes variadas entre cada uma delas, a ética religiosa se interessou por questões teóricas e práticas, elementos importantes para o conhecimento, competências e dedicação, por exemplo, no tratamento dispensado aos doentes e na contribuição essencial das pessoas que cuidavam, procurando determinar a *moralidade* de diversos atos (como o ‘cuidar’ dos mais pobre e necessitados, desempenhando papel crucial na ética *católica*). Vale ressaltar que a doutrina oficial de uma religião pode não significar necessariamente a ética religiosa¹¹.

Todas as três correntes *éticas* – médica, filosófica e religiosa – exerceram suas ações de forma independente. E, desta forma, nesse novo contexto de progressão da ciência, a ética foi reiteradamente convocada a *prescrever* limites ao desenvolvimento tecnocientífico, e de uma forma particular, ao biotecnológico. O crescimento econômico do pós-guerra fez crescer o otimismo das populações e reforçou a crença no valor do desenvolvimento tecnocientífico nas décadas que se seguiram. Por outro lado, o apelo para a intervenção na atividade científica parece ter estabelecido um caráter imperativo a obstruir o poder da ciência, como um *contra-poder*, ignorando-se que o *dever ético* desprovido de qualquer força coercitiva refere-se apenas à obrigação da consciência moral – orientação das ações para realização de um bem ou cumprimento de uma norma. De outra forma, deixaria de atuar como dever, e operaria como poder equivalente ao da ciência, já que tenderia à repressão, desvirtuando-se da

Paulo: Centro Universitário São Camilo – Edições Loyola, 5ª Ed, 2014

¹¹ *Idem*.

missão (da ética) em favor do diálogo¹². E, nesse desígnio inflexível pelo agir bem na formulação de critérios de deliberação, a ética tem sido a garantia da capacidade do homem delinear de forma livre o melhor curso de suas ações. Pela revolução sociocultural e tecnocientífica que sacodiu o mundo no meio do século XX, é que vem aparecer a *bioética*, um fenômeno fortalecido por uma corrente de ideias e de inúmeros elementos, como os fatores provenientes de escândalos ou choques ocorridos, em especial no mundo da saúde, ou mesmo fatores diretamente ligados à evolução cultural. *Guy Durand* (2014)¹³ faz referência ao sociólogo *Guy Rober* ao descrever quatro situações associadas a tal contexto de emergência da bioética no *pós-II* Grande Guerra:

- o crescimento da classe média com instauração de uma nova mentalidade, marcada pelo individualismo, pelo utilitarismo e pelo gosto pelo consumo;
- o desencantamento do mundo e da história consecutivo ao recuo e ao declínio dos mitos, religiões e ideologias, desencantamento que esteve na origem de uma mentalidade racional e prática;
- a mutação das relações sociais devido ao feminismo, à imigração e ao aumento da população de terceira idade, mutação que exacerbou os conflitos de interesse grupal;
- a fragmentação das esferas da vida e da cultura marcada pela autarquia das instituições (direito, moral, religião, política, sistema judiciário, família, escola) e pela especificação das ocupações e profissões, fragmentação que instaurou um universo fracionado, pouco coerente¹⁴.

A ética médica, no contexto deontológico, pretende ainda destacar as suas observações na atuação dos profissionais da saúde, a qual se constitui em valores e princípios absolutos, ao descrever comportamentos em situações específicas. Diferentemente, a *bioética* não pretende ser uma opção ou uma imposição para determinada associação profissional, mas surge decorrente da complicada inter-relação dos problemas produzidos

¹² *Idem*.

¹³ *Idem*.

¹⁴ DURAND, G. *Op. Cit.*, 2014, p. 27.

e relacionados com e pelas novas conformações da assistência em saúde e, mais amplamente com a vida no complexo mundo contemporâneo. Ela não diz respeito apenas às relações e aos fatos alusivos à prática médica, porque seu objeto é a saúde numa perspectiva mais ampliada, a preocupação com humanos e todos os seres não-humanos e o ambiente em que todos vivem. As preocupações na história do surgimento da bioética estavam relacionadas na avaliação das ações e intenções dos profissionais, agentes ou pesquisadores, mas expressavam uma interface que viria a se configurar entre a saúde pública, o cuidado de saúde e a bioética¹⁵; e, em especial, associados com quatro fatores: o desenvolvimento tecnocientífico (especificamente das biotecnologias), a emergência dos direitos individuais (autodeterminação dos povos; expansão e intensificação do movimento dos direitos humanos no reconhecimento da igualdade pessoal e da equidade social), a modificação da relação médico-paciente (afirmação da autonomia individual e a responsabilidade de proteção dos mais vulneráveis) e o pluralismo moral e social, no respeito por valores, crenças e culturas diversas (com especial atenção na democratização das ciências na assunção de sua dimensão social)¹⁶.

Em um artigo de 1927 publicado na revista alemã *Kosmos* com o título “*Bio-ethics: A Review of the Ethical Relationship of Humans to Animal and Plants*” da autoria do filósofo alemão *Fritz Jabr* (1895–1953, *Halle an der Saale*), a palavra bioética (*bio + ethos*) é mencionada pela primeira vez como um “*imperativo bioético*”. Ressaltava os novos conhecimentos da fisiologia do seu tempo, dos desafios morais associados ao desenvolvimento das sociedades pluralistas, reconhecendo a importância das obrigações éticas

¹⁵ REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

¹⁶ DURAND, G. *Op. cit.*, 2014.

com todos os seres vivos, e não apenas em relação ao ser humano, como uma extensão do imperativo *moral* kantiano a todas as formas de vida – a expressão de uma ‘ética aplicada à vida’. Em 1923, quase na mesma época, *Albert Schweitzer* (1875–1965), médico, filósofo e teólogo alemão, com o texto “*Ethics of Reverence of Life*”, teria proposto também uma fundamentação do pensamento bioético. O fato é que, talvez pelos momentos de agitação política e moral da época, ambos os argumentos não causaram entusiasmo significativo, mas viriam a ser muito relevantes e provavelmente contribuíram para que a nova ciência e tecnologia que estava sendo requerida buscasse fundamento em novas reflexões éticas e filosóficas, conduzindo para o esclarecimento do termo, de normas que viriam a surgir, e das previsões pragmáticas da bioética¹⁷.

Van Rensselaer Potter (1970), médico oncologista norte-americano, vem retomar o neologismo “*bioética*”, tendo sido introduzido de forma intencional no artigo “*Bioethics, the Science of Survival*”¹⁸. Nesta publicação caracteriza-a como a (nova) ciência da *sobrevivência*, e vem propor um empreendimento interdisciplinar, ultrapassando a perspectiva interindividual e numa interface entre as ciências e as humanidades, apresentando um vasto campo de aplicação que englobaria o controle da população, a paz, a pobreza, a ecologia, a vida animal, o bem-estar da humanidade, enfim, a sobrevivência da espécie humana e do planeta: uma ponte para a garantia de possibilidade do futuro. Tal conhecimento se baseava na aliança entre o saber biológico [*bio*] e os valores humanos [*ética*], ou uma ética ‘da vida’ e ‘do ser vivo’, com uma abordagem holística de “ciência da sobrevivência”, e que levaria a discussão para o plano de

¹⁷ ZAGORAC, I. Fritz Jahr’s Bioethical Imperative. *Synthesis Philosophica*, v. 51, n. 1, p. 141–150, 2011.

¹⁸ POTTER, V. R. Bioethics, Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 14, n. 1, p. 127-153, 1970 [Publicado por Johns Hopkins University Press: DOI: 10.1353/pbm.1970.0015].

responsabilidade social, com exigência de uma perspectiva bem mais ampla e sistêmica, tendo em vista um mundo cada vez mais ameaçado por uma explosão demográfica. Mais ainda, descreve que o dualismo metodológico de *René Descartes* conduziria ao desconhecimento mútuo entre as ciências sociais e as ciências naturais, causando com isso a incompletude do conhecimento dos seres humanos por uma abordagem reducionista, e que o futuro do homem no planeta não estaria garantido, e só uma ética, conjugada com as ciências sociais e articulada com a ecologia, poderia o assegurar^{19,20}. O médico viria a retomar em publicações posteriores a proposta da bioética como uma *ética global* para a sobrevivência do ser humano e do planeta²¹. *Potter* invoca a necessidade de uma sabedoria maior, ampla, talvez metafísica como o autoconhecimento do ser humano, um redirecionamento com elevada responsabilidade das pessoas para com elas mesmas e mais ainda ao próximo, seres humanos e também não-humanos, não consentindo um contágio intencional pelo paradigma biotecnocientífico, pelo estímulo ao consumo como uma sociedade ‘líquida’ e de forte apelo às biotecnologias:

Vamos fixar nossa fé não apenas na ciência ou apenas na produção, mas na busca da **sabedoria**, uma sabedoria que reconhecerá as necessidades espirituais do ser humano bem como suas necessidades físicas, que conquistará pela força de persuasão, que fortalecerá cada membro individual da sociedade e o capacitará para fortalecer a sociedade em que vive. Vamos usar nossa capacidade de produção para produzir as coisas que nos tornam mais sábios, em vez de produzir o que nos torna mais fracos. Neste novo desafio, as universidades têm os ingredientes básicos do mais e melhor [...] Somente pela combinação do conhecimento das ciências e das humanidades nas mentes humanas individuais é que poderemos esperar construir uma “ponte para o futuro”²².

¹⁹ NEVES, M. C. P. N. OSSWALD, W. **Bioética simples**. Lisboa: Edição BABEL, 2014.

²⁰ POTTER, V. R. *Ibid.*, 1970.

²¹ POTTER, V. R. Aldo Leopold's Land Ethic Revisited: Two Kinds of Bioethics. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 30, n. 2, p. 157–169, 1987 [Publicado por Johns Hopkins University Press: DOI: 10.1353/pbm.1987.0053]

²² POTTER, V. R. **Bioética, uma ponte para o futuro**. Edições Loyola; 1ª Edição: 2016,

A partir desse chamado é fundamental refletir sobre a chamada *modernidade líquida*, em que Zygmunt Bauman alerta sobre o viver no ardor e na urgência pelos desvios de uma humanidade volúvel, desrespeitosa à lei do tempo, impaciente, e sem referências de **valores**: a premência das afinidades com fins econômicos e o intenso apego ao consumo, reflexo intencional do estímulo pela ciência e pelo movimento do industrialismo, resultando em menor consideração pelos vínculos sociais e relações humanas. Como um imperativo ao consumo, de maior importância que a **moral**, as pessoas ou mesmo a sociedade tem apreciado bens, posses, demonstrando um aspecto frágil e vulnerável das relações pessoais²³.

Andre Hellegers (1926–1979), médico obstetra de origem holandesa, fundador do *The Kennedy Institute of Ethics* (1971) e vinculado à *Georgetown University*, restringiu mais o termo bioética às questões da *ética médica*, ou a um novo campo de pesquisa e de renovação da *ética biomédica* em modo mais institucional. Em seguida, seria definida como uma *ética aplicada* a um novo campo de estudo universitário, e também como movimento social na área tanto de desenvolvimento das ciências biológicas e na sua aplicação na medicina quanto no direito (motivação de controle social, de respeito pelos direitos humanos, e de ênfase nos aspectos éticos e de imposição de limites à investigação clínica e pesquisas em seres humanos). Esta ‘redução’ conflitante à proposta de Potter (1987) não compreendia a ética ambiental ou a ética animal, reservada a outros ramos da ética, e afastava a bioética de sua característica interdisciplinar e abrangente, que incluía as discussões e reflexões sobre a medicina e as outras matérias da saúde, ampliada aos novos desafios ambientais²⁴. Entretanto, ele considerava que o desenvolvimento biotecnológico e as mudanças sociais

p. 74. Grifo nosso.

²³ BAUMAN, Z. **A modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar – 1ª Edição: 2001.

²⁴ POTTER, V. R. *Op. Cit.* 1970, p.127-153.

determinaram uma nova percepção da medicina ou uma evolução da sua natureza. O exercício tradicional no âmbito de uma relação intersubjetiva, entre o médico e o doente, sempre situada na doença, recebe uma nova dimensão ao passar a responder pelo bem-estar geral da pessoa e pelos problemas sociais das comunidades, numa preocupação maior com a promoção da saúde em um nível social, e não somente em identificar doentes ou no diagnóstico de doenças. Passa a ter maior importância a consideração por questões de alocação de recursos, de justiça distributiva em cuidados de saúde, problemas anteriores situados à margem da medicina; ou também temas como o envelhecimento e a taxa de natalidade ou, ainda, a oferta de serviços tecnológicos desde cirurgias plásticas até interrupção da gravidez, ou mesmo a inseminação artificial²⁵. Ambos os movimentos de *Potter* e de *Hellegers*, com sentidos específicos distintos, consolidaram os dois autores como referências indiscutíveis para a história da bioética nos Estados Unidos da América, tomando-se em consideração a compreensão de um forte fenômeno social que surgia nos anos seguintes, associado às reflexões que ocorreram no âmbito de preocupações comuns de urgência de apreciação ética com as repercussões das pesquisas envolvendo seres humanos e na assistência à saúde: caso *Tuskegee* (estudo sobre a sífilis); caso jurídico *Canterbury versus Spence* (processo de consentimento informado), ambos em 1972; caso *Roe versus Wade* (debate sobre abortos tardios e a saúde da mulher) em 1973; caso *Quinlan* (interrupção do suporte vital em estados vegetativos) em 1975. Ainda em 1971, destaca-se também a obra incontornável na filosofia contemporânea, *A Theory of Justice*, publicada pelo filósofo estadunidense *John Rawls*, que discute sobre a problemática do acesso aos serviços de saúde e de sua correspondente gestão distributiva, de grande relevância

²⁵ NEVES, M. C. P. O. *Op. Cit.*, 2016.

para a reflexão e discussão bioéticas. Mesmo uma bioética no sentido ecológico, *global*, pela perspectiva de *Potter*, tem-se argumentado ainda na atualidade que, nas análises aplicadas à clínica e à pesquisa, mantém-se soberana a aceção biomédica do modelo *principalista* desenvolvido na *Georgetown University*^{26,27}.

De fato, a bioética integrou-se a outros saberes relacionados a conhecimentos de diversos campos, e não se restringiu apenas à *ética biomédica* indicada pelos estudiosos da *Georgetown University*, e, aos poucos, tornar-se-ia mais conexa àquela concepção holística proposta por *Potter*. As diferentes aceções com que foi introduzida a bioética reforçam o fato de que ela foi ‘filha do seu tempo’ ao emergir de diferentes caminhos e sem influências uma na outra, mas sim pela confluência de diversos fatores de ordem científico-tecnológica e sociocultural que marcaram tal época. É importante ressaltar que a corrente *biomédica* da bioética marcou mais a história, provavelmente pela incipiente consciência ecológica dos Estados Unidos, mas sobretudo pelo intenso e crescente interesse pela *biomedicina* que vinha se desenvolvendo a favor de ultrapassar as limitações humanas, ao mesmo tempo que permitia maior controle de cada um sobre o seu próprio corpo. Então, este é o cenário de contraposição entre uma ação *ecológica* de dimensão fortemente coletiva que visa um destinatário indefinido e anônimo, e uma outra ação *biomédica* de dimensão usualmente individual sobre pessoas singulares concretas e com esperado impacto imediato e, por isso, mais urgente – o que se torna inevitavelmente mais interessante para fascínio da opinião pública, como os ‘deslizes’ da pesquisa biomédica^{28,29}. Afinal, a bioética foi moldada em sua *pré*-história pela humildade dos cientistas no apelo aos eticistas e pela perplexidade

²⁶ NEVES, M. C. P. N; OSSWALD, W. , *Op. Cit.*, 2014.

²⁷ REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA, R. *Op. Cit.*, 2020.

²⁸ NEVES, M.C.P. O., *Op. Cit.*, 2016.

²⁹ DURAND, G., *Op. Cit.*, 2014.

dos humanistas na interpelação aos pesquisadores, sempre condicionada pela opinião pública atenta e estimulada pela comunicação social. Como exemplos nessa recuperação *pré*-histórica, remonta-se à Prússia ainda, em 1900, quando surgiu a primeira *Regulamentação das Novas Terapias e Experimentação* para normatizar as pesquisas não terapêuticas em humanos e enunciar condicionantes éticos à sua prática, destacando a necessidade de informar os participantes previamente a sua realização. Também na Alemanha, em 1930, no ‘desastre de Lübeck’, quando crianças faleceram após um teste da vacina realizado como pesquisa para a prevenção da tuberculose, mas sem o consentimento prévio dos responsáveis, episódio que resultou no ano seguinte na descrição das *Diretrizes para Novas Terapêuticas e Pesquisa em Seres Humanos*. Outro evento foi no pós-guerra, em 1947, com a elaboração do *Código de Nuremberg* como primeiro documento ético-legal sobre condições de legitimidade moral para a realização de experiências com seres humanos, fundamento para as regulamentações subsequentes em pesquisa científica no mundo. No ano seguinte, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclama a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, fortalecendo os movimentos emergentes de reivindicação dos direitos individuais. Ambas as declarações (ou documentos) visavam a proteção da liberdade e da dignidade do indivíduo³⁰, mas ainda estranhas aos problemas suscitados pelas ciências e pelas técnicas (pois não causavam preocupação), já que se tratava de uma ênfase à proteção das pessoas contra os abusos de poder da autoridade política. Ou ainda, em 1962, quando o médico nefrologista *Belding Scribner* institui a primeira comissão de ética no *Swedish Hospital* na cidade Seattle, nos Estados Unidos da América, constituída por membros da sociedade, episódio reconhecido por muitos como o que estabeleceu o surgimento

³⁰ HOTTOIS, G. *Chemins Philosophiques: Qu'est-ce que la bioéthique?* Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2012.

formal da bioética ao assumir, de forma institucional e oficial, a transdisciplinaridade do domínio. Tal comissão, designada pela jornalista *Shana Alexander* como *God's Committee* ou '*Life or Death Committee*', tinha a missão de selecionar entre os doentes com situação clínica similar, consideradas as prioridades sob os 'critérios de *valor social*' (idade, gênero, estado civil, número de dependentes, rendimento, nível de instrução, ocupação, realizações passadas e potencial futuro), quem seria admitido e eleito para as vagas escassas do procedimento de hemodiálise^{31,32}. Enfim, outros eventos foram delineando a história que circunda a bioética de modo a recompor a matriz social e cultural na qual ela foi gerada, correspondendo às mudanças de atitude individual e coletiva diante das demandas que surgiram ao longo do século XX. E, ao longo desta década, homens e mulheres rapidamente começaram a tomar consciência dos riscos e perigos dos avanços científicos e da necessidade de se questionar; e a *filosofia dos direitos humanos* – agora desperta – se tornaria cada vez mais fonte de inspiração para uma importante parte da reflexão bioética. Segundo o filósofo *Gilbert Hottois*, a ética global de fato se ajusta para uma nova 'atitude ética', como se diria atualmente uma '*macro-bioética*' mais próxima da filosofia *social e política* do que de uma ética *ambiental* ou '*eco-ética*' – ao utilizar o saber com vistas ao bem social e por apontar a ruptura com as concepções tradicionais da ética cultural ocidental de predomínio antropocêntrico, considerando que a crise atual ecológica é resultante desse 'homocentrismo'^{33,34,35,36}. Há uma concordância em reconhecer três escolas de bioética no Ocidente: a *anglo-americana*, guiada pelo pragmatismo liberal e que privilegia a autonomia da pessoa; a *européia*, que

³¹ NEVES, M. C. P. N; OSSWALD, W. *Op. Cit.*, 2014.

³² REGO, S. PALÁCIOS, M. SIQUEIRA-BATISTA, R., *Op. Cit.*, 2020.

³³ GONÇALVES, A.M., *Op. Cit.*, 2017.

³⁴ DURAND, G., *Op. Cit.*, 2014.

³⁵ HOTTOIS, G., *Op. Cit.*, 2012.

³⁶ NEVES, M.C.P. O, *Op. Cit.*, 2016 [p. 27].

se apoia na fundamentação dos princípios morais e se baseia na tradição filosófica grega e judaico-cristã; e a *latino-americana*, que busca priorizar o social com ênfase nos fatos científicos e nos valores morais, mas ainda em conformação e bastante influenciada pelos pensamentos das outras escolas³⁷.

De acordo com *Maria do Céu Patrão Neves* (2016)³⁸ “a Bioética é uma ‘ética aplicada à vida’, e que pode se referir tanto à vida na sua expressão universal (biosfera) como à sua especificação ao nível humano. Também pode orientar tanto para o fundamento ou razão de ser da ação como para o estabelecimento de normas ou obrigações a que se subordine a ação sobre a vida, sempre com a exigência de intervir de forma eficaz na perplexidade de uma vida atualmente *artificializável*”³⁹. Sergio Rego⁴⁰ ressalta que a bioética, além de estudar de forma sistemática as dimensões morais das ciências da vida e dos cuidados em saúde, agrupa o emprego de metodologias éticas [ambiente interdisciplinar], a análise de argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas [ação na qualidade de vida e no bem-estar dos humanos, de outros seres vivos e dos seus ambientes], e também a busca pela tomada de decisões. Portanto, não poderá ser apenas uma extensão da ética médica, justificada por suas atribuições interdisciplinares e pelas dimensões descritiva e normativa de uma ética aplicada⁴¹.

Assim, é importante ressaltar que a bioética percorreu muitas fases no decorrer do tempo de acordo com o contexto e a heterogeneidade em cada país, sendo sempre um desafio determinar exatamente quais correntes de pensamento predominam, mas que sem dúvida marcaram

³⁷ de SIQUEIRA, J. E. Definindo e aceitando a terminalidade da vida. In MORITZ, R.D. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

³⁸ NEVES, M.C.P. **O Admirável Horizonte da BioÉtica**. Lisboa: Glaciár, 2016.

³⁹ *Idem*.

⁴⁰ REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, *Op. Cit*, 2020.

⁴¹ *Idem*.

uma evolução e um desenvolvimento dos temas a elas vinculados. A socióloga americana Renée Fox⁴² descreve três etapas com domínios de interesse da bioética: a primeira relacionada com as preocupações (descritas acima) com as experiências em seres humanos, em especial, na dificuldade em se obter o consentimento livre e esclarecido das pessoas participantes de pesquisas [que ocorreu entre os anos 1960 e 1970]; a segunda etapa [a partir de 1970 até 1980], quando as discussões deram o foco ao *ciclo* da vida, em seu início e seu fim, com destaque para a manutenção da vida, o uso das biotecnologias e a obstinação terapêutica; e, por fim, a terceira etapa [na metade dos anos 1980], que se interessou pelas discussões relacionadas à alocação dos recursos em uma questão financeira-econômica da saúde voltada à restrição orçamentária, à racionalização dos limitados recursos e a sua distribuição, considerando-se a relação custo-benefício⁴³. Por outro lado, nem todas as diversas áreas de investigação se encontravam envolvidas ao mesmo tempo com a bioética, e outros participantes também podem ser descritos: os pensadores cristãos e a contribuição dos teólogos cristãos que tiveram grande participação no surgimento da bioética, como os filósofos e teólogos protestantes, como também os cientistas e teólogos católicos; a iniciativa de outras disciplinas na bioética, nesse segundo momento com o distanciamento dos teólogos pela ausência da pertinência religiosa (ou como uma condição de desconfiança em relação a ela), mas com o desenvolvimento de um vínculo à natureza interdisciplinar e, junto com a opinião pública, com destaque para participação de sociólogos, juristas e uma reaproximação de filósofos no debate sobre a ética aplicada, sobre a deontologia, e no embasamento da virtude nas ações, mas priorizando

⁴² FOX, R.C. The Evolution of American Bioethics: A Sociological Perspective. In WEISZ, G. **Social Science Perspective on Medical Ethics**. Dordrecht/Boston: Kluwer Academic Publishers, 1990. ISBN 978-94-009-1930-3. DOI: 10.1007/978-94-009-1930-3.

⁴³ *Idem*.

uma temática sobre a autonomia e a autodeterminação dos pacientes (fase esta que privilegiou a análise de casos, cuja discussão incluía a competência jurídica de decisões). E num outro momento distinto, destaca-se a participação de um *conjunto de disciplinas*, por ser a bioética um campo de interesse para todas as disciplinas, em que até administradores e economistas participariam deste debate. Há também um valor recuperado pelo contexto existencial ou espiritual, em especial na área da saúde, pela demanda por uma abordagem mais holística das pessoas doentes em fim de vida⁴⁴.

A oportunidade da Ética *Logosófica*

Surge aí uma grande oportunidade para a bioética expandir sua abrangência para áreas de conhecimento ainda pouco exploradas, mas que podem trazer grandes benefícios para a população como um todo. O avanço que se observa nas disciplinas “tradicionais” e as mudanças pelas quais passamos ao longo dos séculos são maravilhosas, pela perspectiva histórica. Mas este avanço não tem sido suficiente para resolver grandes questões com que a sociedade, e, em um contexto mais amplo a própria humanidade, ainda luta para progredir.

O historiador australiano *Geoffrey Blainey* conclui em seu livro “*Uma Breve História do Mundo*”⁴⁵ que “nenhuma dessas profundas mudanças alterou a VONTADE HUMANA, a INQUIETAÇÃO HUMANA, o DESEJO HUMANO de LIBERDADE e de CONFORMIDADE. Tantos triunfos da ciência e da tecnologia foram superficiais. Era mais fácil, nessa era de produção em massa, no interior e na cidade, satisfazer o estômago do que a mente. Era mais fácil dominar as doenças do que dominar o comportamento humano e colocar um fim nos

⁴⁴ DURAND, G. *Op. Cit.*, 2014.

⁴⁵ BLAINEY, G. *Uma Breve História do Mundo*.

conflitos de guerra”.

O desequilíbrio que existe entre o progresso realizado para *a vida externa do ser humano* e **a realidade interna que ainda não domina** é muito grande – uma realidade que influencia diretamente a relação do homem consigo mesmo e com os demais à sua volta.

Todo ano, o Instituto de Tecnologia de *Massachusetts* (MIT) publica a lista das tecnologias que irão trazer maior impacto para a sociedade⁴⁶. Em 2020, somente para o campo da Medicina, foram listadas as drogas antienvelhecimento, moléculas de fármacos projetadas por inteligência artificial e medicina hiperpersonalizada. Não há dúvidas das maravilhas que estas tecnologias irão proporcionar. Mas as questões que surgem são: como estes avanços estão trazendo um conforto emocional para os pacientes, uma resiliência para seus familiares, uma compreensão maior do ser humano em seus aspectos psicológicos e também espirituais que permitam lidar melhor com as limitações físicas do próprio corpo humano e estabelecer padrões de relacionamento que levem a uma melhor qualidade da vida que está sendo cuidada.

A Universidade de *Harvard* conduziu um dos estudos mais longos sobre o Desenvolvimento Adulto com o foco na Felicidade⁴⁷. O estudo se iniciou com 724 voluntários em 1938 e prossegue até hoje com os que continuam vivos. A conclusão do estudo foi uma forte associação entre felicidade e os relacionamentos próximos que foram cultivados ao longo da vida com familiares e amigos. Se a felicidade é algo que todos anseiam – especialmente nos momentos em que se necessita uma maior conforto emocional aos pacientes, que conhecimentos, que tecnologias podem ser

⁴⁶ MIT **Technology Review** 2020, Volume 123, Number 2.

⁴⁷ SOLAN, M. The secret to happiness? Here's some advice from the longest-running study on happiness [March 28, 2019]. Acesso em 11-11-2020. Disponível em: <https://www.health.harvard.edu/blog/the-secret-to-happiness-heres-some-advice-from-the-longest-running-study-on-happiness-2017100512543>

buscados para propiciar esta conquista?

De forma a equilibrar esta lacuna que existe em relação ao conhecimento desta realidade interna, o pensador e educador *Carlos Bernardo González Pecotche* criou em 1930 a *Logosofia* – uma doutrina destinada a nutrir o espírito humano com uma nova força energética, essencialmente mental, necessária e imprescindível para o desenvolvimento das aptidões humanas⁴⁸.

Assim, a *Logosofia*, segundo seu autor, vem dar destaque “(a) *o ser humano, elevado sobre os demais seres viventes, (que) dispõe de todas as facilidades que possam ser dadas a uma criatura dotada de inteligência, sentimentos e vontade*” [...] e o desconhecimento da enorme quantidade de (outros) elementos que o completam em sua complexa estrutura mental, psicológica e espiritual tem sido e é a causa dos maiores dissabores e angústias por ele sofridos”⁴⁹.

Os desvios que a humanidade passou e tem passado, mesmo no esforço dos mais variados pensamentos *bioéticos* diante deste *paradigma biotecnocientífico*, produto da Revolução Industrial, dos movimentos político-econômicos resultantes e de intensa influência para esta *modernidade líquida*⁵⁰, é responsabilidade dos “*demais humanos desta existência*”, e por isso, continuam atravessando “*uma das etapas mais difíceis da história [...], podendo-se dizer que muito do que está ocorrendo provém do descuido, do abandono quase total dos homens, no sentido de superar seu quadro mental e psicológico; no sentido de eleva as condições de vida e colaborar em tornar melhor a existência dos demais*”⁵¹.

Dessa forma, de caráter eminentemente prático e com um método

⁴⁸ PECOTCHE, C. B. G. **Curso de Iniciação Logosófica**, 19. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2012 [p. 11 §6].

⁴⁹ PECOTCHE, C. B. G. **O Mecanismo da Vida Consciente**, 15. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2013 [p. 44 §1].

⁵⁰ BAUMAN, Z. A. *Op. Cit.*, 2001.

⁵¹ PECOTCHE, C. B. G. **Introdução ao Conhecimento Logosófico**, 3. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2011 [p. 66 §1].

próprio e original⁵², a *Logosofia* tem como objetivo propiciar a evolução do mecanismo psicológico-espiritual do ser humano a partir da aquisição e realização de conhecimentos concretos para a vida. Esta realização abarca três ordens de conhecimento.

A primeira é relacionada ao conhecimento de si mesmo e dos semelhantes. Conhecimento dos elementos que compõem a estrutura psicológica-espiritual do ser humano, como os seus sistemas mental, sensível e instintivo, sua alma, seu espírito, seus pensamentos, deficiências psicológicas e valores morais. O conhecimento de si mesmo leva ao conhecimento das causas relacionadas ao comportamento humano e a todas as palavras proferidas e ações realizadas, sendo imprescindível para os que buscam evoluir e se aperfeiçoar como seres humanos.

A segunda ordem de conhecimentos abarca os mundos mental e metafísico. A *Logosofia* os define como mundo causal, pois ali residem pensamentos e grandes ideias, causa e origem do que se manifesta no plano físico. E a terceira ordem, não menos importante, é conhecimento das leis que regem os processos universais, tanto físicos quanto metafísicos.

Estes conhecimentos são conquistados através da realização do processo de evolução consciente, ou seja, um processo de evolução da própria consciência, que à medida que se amplia, ilustrada por um maior número de conhecimentos, permite que **o ser humano vá adquirindo uma conduta mais nobre, mais digna daqueles que realmente buscam atingir os estados superiores da condição humana.**

Para a *Logosofia*, os problemas atuais do mundo e de nossa civilização não serão resolvidos por movimentos de massa. As soluções estão no próprio indivíduo e no esforço que cada um realize para se

⁵² PECOTCHE, C. B. G. **Logosofia, Ciência e Método**, 12. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2013 [Capítulo VIII].

aprimorar, para então, no conjunto, chegar-se a uma sociedade melhor.

A resposta para as questões levantadas pelo estudo do Desenvolvimento Adulto pela Universidade de *Harvard*: como desenvolver melhores relacionamentos para conquistar a felicidade ao longo da vida, especialmente nos últimos momentos da mesma, está justamente dentro de cada um. Neste mundo interno é onde serão encontradas as causas de nossas ações e as respostas para as grandes questões que desafiam a inteligência.

Como desenvolver relacionamentos mais significativos, cultivar virtudes importantes, trazer um impacto positivo para todos com quem se convive, *ter um comportamento ético em todos os ambientes em que se transita*, se não se conhece a realidade deste mundo interno, do mundo onde habitam os pensamentos, ideias, conceitos e sentimentos que norteiam a conduta de cada um de nós?

Conhecer e dominar estes elementos e as faculdades internas é imprescindível para conduzir a vida aos seus grandes objetivos. E um destes elementos é justamente *a ética que se cultiva internamente* para que venha a se manifestar como consequência destes movimentos internos, *promovendo uma conduta mais digna e de qualidade superior*. Quando cada indivíduo se esforça para cultivar internamente suas virtudes e lapidar suas qualidades internas, os resultados são inquestionáveis no conjunto pois *a superação individual de cada um contribui para a superação da humanidade como um todo*.

A bioética certamente pode se valer muito dos benefícios trazidos pelos conhecimentos logosóficos pois estes levam a uma *maior eficiência do esforço para conhecer as causas reais das decisões, atitudes e comportamentos de cada um*. Muitos dos conflitos entre as decisões éticas que levam a implicações clínicas e as decisões clínicas que levam a implicações éticas podem ser atenuados quando se busca um equilíbrio no juízo dos fatores racionais e

sensíveis que influenciam estas decisões⁵³.

A importância de conhecer os pensamentos, os propósitos, os conceitos, e os sentimentos que irão balizar estas decisões é fundamental. A ignorância em relação a estes fatores é com muita frequência suprida com um enorme volume de *vaidade, orgulho, soberba e superestimação pessoal*. Tem-se que buscar eliminar estes elementos e chegar a um entendimento do valor real de cada fator de decisão. Como *González Pecotche* alerta em⁵⁴:

É habitual aumentar a dimensão de um valor e diminuir a de outro, conforme as conveniências ou as circunstâncias; mas isso não altera em absoluto seu valor efetivo. Aquele que o aumenta ou diminui é quem se expõe a sofrer as consequências. Assim, por exemplo, alguns costumam dar um valor excessivo a algo determinado e lhe dedicam grande parte de sua vida; tanto, que até chegam a deixar que esta seja absorvida integralmente. Mas eis que essa vida, ao ser absorvida por esse algo a que foi concedido um valor desmedido, se deprecia quanto à produção de valores positivos, porque o ser perdeu a plena consciência do equilíbrio sobre o valor das coisas.

O aumento gradual da consciência, em relação aos valores positivos que necessitam ser cultivados, permite ir instaurando o equilíbrio que deve reger as decisões éticas [e *clínicas*] no dia a dia dos profissionais, especialmente na área da saúde. Complementar a formação com uma metodologia que permita ampliar gradativamente o conhecimento dos fatores internos e causais que regem os propósitos e ações aproxima a prática [médica] de uma ética superior.

E a *Logosofia*, possuindo um método científico para a aquisição destes conhecimentos por cada um que busque esta elevação de propósitos, acaba por se mostrar como um poderoso aliado aos princípios bioéticos que devem, cada vez mais, propiciar à toda a humanidade os benefícios de uma moral e uma norma de conduta elevadas.

⁵³ PECOTCHE, C.B.G., *Ibid.*, 2011, p. 235.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 238.

Considerações finais

Mesmo com a sistematização dos princípios mais dominantes da escola de *Georgetown*, ou seja, o *respeito à autonomia*, a *beneficência*, a *não-maleficência* e a *justiça*, os quatro princípios que pressupõem a igualdade cívica de todos os indivíduos traduzida na fidelidade do contrato social da filosofia política não tem sido suficiente o bastante para o desafio de equilibrar as ações diante de difíceis decisões que abarcam o paradigma biotecnocientífico, em especial, na área da saúde, onde envolvem tanto o *ciclo da vida*, quanto as questões da *área de pesquisa ou investigações clínicas* que envolvem seres humanos. Ainda, o principialismo estabeleceu uma reflexão bioética nos países desenvolvidos, mas mantém influência em todos os demais no mundo, mesmo considerada a dura obediência dessa perspectiva anglo-saxônica às tradições sociais diversas, com menos garantias, e com difícil adequação a outras modalidades culturais, ainda que outros princípios como a *vulnerabilidade*, a *responsabilidade*, a *dignidade*, a *integridade*, da escola europeia, pudessem contribuir nos seus discursos bioéticos⁵⁵.

A Ética *Logosófica* surge com propriedade para esta incapacidade da humanidade desgarrar-se da influência e da sedução conferidas pelas biotecnologias, em um mundo apegado ao materialismo e ao consumismo que o imperativo industrial-tecnológico determinou para esta modernidade *líquida*. Vem dar a oportunidade de superação através do conhecimento de si mesmo e de seu semelhante, em sua estrutura psicológica e espiritual, do conhecimento do mundo interno, das deficiências psicológicas e dos valores morais; da aproximação com o mundo mental e metafísico; e do conhecimento das leis que regem os

⁵⁵ KOTTOW, M. Justicia sanitaria en la escasez. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl. 1, p. 43–50, 1999.

processos no universo. A aquisição de tais conhecimentos, através de sua metodologia de estudo para o aprimoramento humano, permitem estabelecer o processo individual de *evolução consciente*, onde todos os recursos adquiridos no propósito de superação humana se interconectam para uma nova moralidade com propósitos mais elevados e orientadora de condutas cada vez mais hierarquizadas.

--

Parte deste trabalho foi apresentado por Márcio Niemeyer-Guimarães na defesa de tese intitulada “*Idosos com doenças oncológicas e bioética de proteção: uma oportunidade para a integração de cuidados paliativos em cuidados intensivos*”, de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro em 12–Novembro–2018.

O APELO DAS NORMAS ANTE O ABANDONO DO SER: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE MARTIN HEIDEGGER

João Cardoso de Castro

Introdução

Como indica o título, a abordagem de “*ser*”¹ e “ética” será a partir e por conta de uma reflexão sobre dois desenvolvimentos capitais que abalam, nos dias de hoje, a força do sentido originário destes termos-chaves: a “normatização da ética” e o “abandono do ser”. Enquanto implicações e imbricações de atos e fatos que se dão na verbalização implícita das palavras que denunciam estes desenvolvimentos, esperamos examinar também uma possível articulação insuspeita entre o que estas palavras designam, “normatização” e “abandono”.

Norma é um termo latino designando o esquadro, e por esta imagem se referindo também ao sentido moral de “regra”, “linha de conduta”. Enquanto esquadro garantindo o reto traçado de uma ortogonal à qualquer horizontal, a norma por metáfora figurativa impõe um discurso de “retidão” ao dever-ser, seja por necessidade impondo um modo de presença compulsório do *ser-aí*, seja por reconhecimento da ausência de um modo de *ser-aí* a preencher pelo que dita a norma. A norma seria então

¹ Usaremos itálico para palavras estrangeiras e em geral para as palavras do léxico heideggeriano, exceto em citações. Não aplicamos acentos na transliteração de palavras gregas. Todas as nossas citações de Aristóteles, exceto da *Ética a Nicômaco* (CAEIRO, Antônio. **Aristóteles - Ética a Nicômaco**. Lisboa: Quetzal, 2004.), são traduzidas da versão inglesa de sua obra completa (BARNES, Jonathan. **The Complete Works of Aristotle** (2 vol.). Princeton: Princeton University Press, 1991.). Todas as nossas citações de Platão são traduzidas da versão francesa de sua obra completa (BRISSON, Luc. **Platon - Oeuvres complètes**. Paris: Flammarion, 2011.).

seja o discurso do reto traçado do que deve *ser-aí* presente, seja o discurso do que não deveria *ser-aí* ausente. No primeiro caso só faz eco ao dever-ser e no segundo traça o reto preenchimento do deveria-ser. Neste último caso, o que é que a norma determina como deveria-ser, presente e ausente? O que a norma traça para o ausente se tornar presente? É algo que está ausente, fazendo falta por algum abandono do ser?

Normatizar a Ética

O normatizar é necessário. Já no *Górgias* (464b-465c), Sócrates elenca duas artes (*technai*) da alma e duas artes do corpo, e indica também pseudo artes que se contrapõem às primeiras, como suas falsificações. Nas artes da alma, a judiciária e a legislativa são apontadas como aquelas que facultam a verdade, *aletheia*, des-velamento, des-encobrimento. As pseudo artes correspondentes são respectivamente a sofística e a retórica, a primeira falsificando a justiça e a segunda fazendo esquecer o propósito (*entelecheia*) da lei (*nomos*) e encobrendo-a de adereços desnecessários a sua formulação. Por conseguinte, a enunciação de qualquer norma é formulação em linguagem da *verdade do ser*² na *totalidade do ente*, ressaltando o que merece destaque, antecipação e ação³. Qualquer excesso retórico nessa enunciação é *abandono do ser*⁴ por cuidado excessivo com o discurso

² “Mais Essencial para o homem do que todo e qualquer estabelecimento de regras é encontrar um caminho para a morada na Verdade do Ser.” (HEIDEGGER, Martin. **Sobre o humanismo**. Trad. Emmanuel Carneiro Leão. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995, p. 95)

³ “Aquilo que, dos factos, está assente, e a permanência da sua alteração enquanto tal, é a regra. O permanente da mudança, na necessidade do seu curso, é a lei. Só no campo de visão da regra e da lei se tornam claros os factos, enquanto os factos que são.” (HEIDEGGER, Martin. *Op. Cit.*, 2014)

⁴ “O esquecimento do ser [...] pensa estar junto ao “ente”, junto ao “efetivamente real”, próximo da “vida” e seguro do “vivenciar”. Pois ele conhece apenas o ente. Todavia, desse modo, em tal apresentação do ente, esse ente é abandonado pelo seer. O abandono do ser, porém, é o fundamento do esquecimento do ser. No entanto, o abandono do ser do ente traz para o ente a aparência de que esse ente mesmo seria, então, sem qualquer necessidade de um outro, apto para ser pego e utilizado.” (HEIDEGGER, 2015, p. 113)

do *sendo*. Mas vamos chegar a esta constatação com mais vagar.

Qualquer normatizar tem um propósito, um “para que”, uma intencionalidade que reverbera daquilo que Aristóteles denominava *entelecheia* ou também de certa maneira *energeia*, qual seja: “a vigência do que está em pleno vigor de sua propriedade, ou seja, o que se mantém na plenitude (de sua vigência)”⁵. O que nos permite afirmar que a norma é a formulação dos princípios que sempre guardam correspondência, vigência e vigor ao *ser-aí*, em todo e qualquer *modo de ser: ser-a, ser-em, ser-junto, ser-com* e *co-ser-aí*. A norma ética repercute sua originariedade fundada, enunciada e praticada desde onde a norma pode ganhar seu teor mais próprio: o *êthos*, a *habitação* do “ser” humano.

Somente na medida em que o homem, ec-sistindo na Verdade do Ser, pertence ao Ser, é que pode provir do próprio Ser a recomendação das prescrições que tornar-se-ão para o homem lei e regra. Em grego, recomendar é *nemein*. O *nomos* não é apenas a lei, porém, mais originariamente, a recomendação protegida pelo destinar-se do Ser. Só essa recomendação pode dispor o homem para o Ser. E somente essa disposição pode trazer e instaurar obrigações. Do contrário, toda lei permanecerá e continuará apenas um produto (das *Gemächte*) da razão humana. Mais Essencial para o homem do que todo e qualquer estabelecimento de regras é encontrar um caminho para a morada na Verdade do Ser.⁶

A formulação de leis, normas, regras é caminho desde e para o *êthos*, que se faz apelar e encontrar, desde o acontecimento apropriador (*Ereignis*) do *ser-aí* em sua estrutura fundamental, *ser-em-o-mundo*, pelo *logos* que reúne e diz, e assim é capaz de dar o acorde da regência próprio (autêntica) do *ser* humano. Afinal de contas, o *êthos*, pelo menos desde Heráclito, tem um sentido muito preciso que assim Heidegger⁷ enuncia:

⁵ HEIDEGGER, M. **Ensaio e Conferências**. Tradução de Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel e Márcia de Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes, 2002, p.43.

⁶ HEIDEGGER, Martin. *Op. Cit.*, 1995 p. 94-95.

⁷ HEIDEGGER, *Ibid.*, 1995 p. 85.

Pois *êthos* significa estada (*Aufenthalt*), lugar de morada. Evoca o espaço aberto onde mora o homem. É a abertura da estada que faz aparecer o que ad-vém, con-venientemente, à Essência do homem e, assim ad-vindo, se mantém em sua proximidade. A estada do homem retém o ad-vento daquilo, ao qual o homem, em sua Essência, pertence.⁸

Portanto, na convocação do *êthos*, há possibilidade de um pensar que medita leis, normas, regras desde um acontecimento apropriador do *ser-aí* que funda uma hermenêutica, uma interpretação, do *ser* humano na finitude do *Aí*, na disposição e compreensão do *ser-do-Aí* (si-mesmo), na estrutura de *ser-em-o-mundo*, e em uma multiplicidade de relações que se irradiam nesta *clareira* desde sua morada, o *êthos*.

No equívoco da *Razão Moderna*, admitiu-se uma nova interpretação do *ser* humano, centrada na dualidade *res cogitans* e *res extensa*, constituinte de um paradigma dualista da visão moderna, sujeito-objeto, mente-corpo⁹. Abandona-se *ser* e os diversos modos “*ser*”. Porém *esquecimento* não significa desaparecimento, pois *ser* enraiza-se no fato de que a essência do *ser-aí*, a existência, é sempre minha, e que o *ser* do *ser-aí*, *cura* (*Sorge*), responde por três estruturas desse *ser-aí*: *ser-em-o-mundo*, e por conta desta, *ser-com-as-coisas* ou *ser-com-os-outros*, e *ser-consigo-mesmo*.

A questão da normatização da ética, por conseguinte, depende de que ética falamos, originária do *êthos* ou do *éthos*, depende de que hermenêutica do *ser* humano partimos, e mais que tudo: de “onde”, se de “si-mesmo” ou se de qualquer “mim-mesmo” dentre a multiplicidade de

⁸ Ressaltamos a afinidade do parágrafo anterior e desta citação com a definição concisa do *ser-aí* em Heidegger (2015, p. 286): “Ser-aí significa acontecimento da apropriação no acontecimento apropriador como a essência do *ser*.”

⁹ “Interpretar ideias como representações e pensamentos que contêm um valor, um parâmetro, uma lei, uma regra, na medida em que uma ideia é tomada por norma, o sujeito da norma é o homem, mas não o homem histórico, e sim o homem em geral, o homem em si, a humanidade. Aqui a concepção de homem é a concepção de um ser racional genérico. No iluminismo e no liberalismo, este conceito assumiu determinada forma. É aqui que suas raízes encontram todas as forças e poderes hoje em luta.” (HEIDEGGER, Martin. **Ser e Verdade**. Petrópolis: Vozes, 2007.p. 174-175)

“eus”, “heróis”¹⁰ da cotidianidade do *ser-aí*, formulando relações e interações entre pessoas e coisas. Do si-mesmo, ao abrigo do *êthos*, temos o desdobramento seguro do *ser* através da disposição (*Befindlichkeit*) e da compreensão (*Verstehen*) constituintes do *ser-do-Aí*, de onde a interpretação (*Auslegung*) e o discurso (*Rede*) definem e formulam a lei, a norma, a regra em sua autoridade legitimada à montante. Entretanto, a partir de hábitos e costumes, ou seja do *êthos*, desde qualquer “eu”, “herói”, ou ilusório¹¹ sujeito-agente, reduzido às relações de meu corpo, do sensível, do tangível, por mais leis, normas, regras que se criem nesta perspectiva, nunca se alcançará a virtude ética (*arete*, excelência)

Como dito no início, há de haver princípios, leis, normas, e todo tipo de “deve, não deve”, “faça, não faça”. Há de haver regulações no trato entre humanos e entre humanos e coisas, para que haja convívio sustentável em sociedade, para constituição e manutenção da *polis*. Todavia todos os tipos de regulações, com raras exceções, até mesmo o decálogo dos mandamentos de Deus, são impróprios (*uneigentlichen*), seja por decorrência ou por incorrência.

Quanto à impropriedade de regulações, por incorrência, esta é devida seja à impossibilidade de qualquer regulação se aplicar a toda e qualquer ocorrência, enquanto caso ou situação conjuntural e contingencial, seja à indigência, a mediocridade intelectual e moral. Inaplicabilidade universal e mediocridade fazem qualquer regulamentação ser *imprópria*. Ainda mais porque busca julgar, geralmente por via de uma interpretação literal da lei, norma ou regra, as aparências de fixos e fluxos de um *Aí*, reduzido a relações sujeito-objetos, ou seja, desde um mim-

¹⁰ “A cotidianidade determina o *Dasein* também quando ele não escolheu a-gente [*das Man*] como ‘herói’.” (HEIDEGGER, *Ibid.*, 2012, p. 1005)

¹¹ “Põe-se, sem dúvida, na conta do homem, a falsidade e a hipocrisia, a mentira e o engano, o logro e a simulação, em uma palavra, todos os tipos de não-verdade.” (HEIDEGGER, Martin. *Marcas do Caminho*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 199)

mesmo, máscara e enredo do *a-gente*. O que assim se dá é uma interpretação dominada pelo paradigma sujeito-objeto¹² e pelo viés da tradição¹³, que nada mais é que o *a-gente* disfarçado em história, seria melhor dizer “estória”. Como afirma Heidegger¹⁴:

No uso dos meios públicos de transporte, no emprego dos entes noticiosos (jornais), cada outro é como o outro. Esse ser-um-com-o-outro [Miteinandersein] dissolve por completo o Dasein próprio, no modo-de-ser “dos outros”, e isto de tal maneira que os outros desaparecem mais e mais em sua diferenciação e expressividade. Nessa ausência de surpresa e de identificação, a-gente desenvolve sua verdadeira ditadura. Gozamos e nos satisfazemos como a-gente goza; lemos, vemos e julgamos sobre literatura e arte como a-gente vê e julga; mas nos afastamos também da “grande massa” como a-gente se afasta; achamos “escandaloso” o que a-gente acha escandaloso. A-gente, que não é ninguém determinado e que todos são, não como uma soma, porém, prescreve o modo-de-ser da cotidianidade.

Podemos provisionalmente admitir que a normatização, embora necessária é, no entanto, sempre aquém de seu propósito. Talvez o seja, não somente pela ignorância do sentido originário da ética desde sua profunda associação ao *êthos*, encoberta pelo *esquecimento do ser* (*Seinsvergessenheit*) e seu corolário - o *abandono do ser* (*Seinsverlassenheit*), mas sobretudo pelo equívocado sentido de *ser* humano que permeia grande parte da história do pensamento, com um acento, ainda maior, a partir da Modernidade.

O sentido da norma e da legalidade normativa não pode ser estabelecido enquanto não se visualize que tipo de ente se significa por um ente normativamente determinado e determinável. A possibilidade de normatividade não pode ser explicada sem ser investigado como normatividade para algo e, isto significa, sem o “para que” ser investigado

¹² “o ‘sujeito’ da cotidianidade: *a-gente*” (HEIDEGGER, *Ibid.*, 2012, p. 331)

¹³ “o Dasein não tem somente a propensão para cair em seu mundo, no qual ele é, e para se interpretar a partir do que é por este refletido, mas para a um só tempo decair dentro de sua tradição, mais ou menos expressamente apreendida. Esta lhe subtrai a própria conduta, o perguntar e o escolher.” (HEIDEGGER, *Ibid.*, 2012, p. 83, 85)

¹⁴ HEIDEGGER, *Ibid.*, 2012, p. 365.

Passemos então em revista algumas notas sobre a ética desde o originário *êthos* grego, para finalmente abordar a questão da dobradinha *esquecimento do ser e abandono do ser*.

Ética desde *Êthos*

Desde há muito que o discurso da ética se confundiu com o da moral, a ponto de alguns especialistas modernos defenderem que não se faça diferença entre estes termos. Impossível não deixar de pensar que onde há duas palavras, pela própria economia da linguagem, há que ter duas noções distintas, mesmo que sutilmente. Quanto mais, se levarmos em conta a chamada “latinização” do pensamento grego praticada pelos romanos, seguida do “batismo” cristão de muitos termos gregos e de suas traduções latinas.

No princípio, *êthos* (começado por η, eta) e *éthos* (começado por ε, épsilon) tinham significados próximos mas distintos. Enquanto *êthos* guardava a noção de hábito¹⁶, como costume, *éthos*, indicava o habitar deste hábito, a morada do hábito, ou, se valendo de uma expressão francesa, o *chez-vous* do hábito. Heidegger preferiu traduzir, o *éthos*, por *morada do humano*: “o homem é aquele ser-vivo cujo caráter mais próprio e distintivo é o *éthos*”¹⁷.

Já a episteme *êthike* parece apresentar um campo particular, ou a cada vez

¹⁵ HEIDEGGER, Martin. Introduction to Phenomenological Research. Bloomington: Indiana University Press, 2005, p. 63.

¹⁶ Originalmente não no sentido de comportamento rotineiro, mas segundo a interpretação de Heidegger (HEIDEGGER, Martin. **Basic Concepts of Aristotelian Philosophy**. Bloomington: Indiana University Press, 2009, p. 97) de ἐξῆς em Aristóteles: “um ‘manter-aolado-de-si-mesmo’ uma possibilidade definida de ser assim e assado.”

¹⁷ HEIDEGGER, Martin. **Heráclito**. Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998, p. 225-226

particular, de entes. Êthos significa moradia, modo de ater-se. Dizemos: morada dos homens, seu modo de ater-se em meio à totalidade dos entes. Pensada aqui de modo amplo e essencial, a episteme êthike, a "ética", tenta entender como o homem se atém, se detém em si mesmo e se contém nessa morada. Êthos é a postura, o porte em todos os comportamentos desse porto em que se detém o homem em meio aos entes. A "ética" diz respeito aos homens, não como um objeto distinto dentre outros objetos. Ela considera os homens na perspectiva da remissão da totalidade dos entes ao homem e do homem à totalidade dos entes. De certo modo, o homem está no meio da totalidade dos entes sem que, no entanto, seja ele mesmo o meio, no sentido de poder ser o seu fundamento e suporte. Em todo caso, mesmo tratando exclusivamente do homem, a ética trata da totalidade dos entes da mesma maneira que faz a episteme physike, embora numa outra dimensão e num outro modo.¹⁸

Sendo o *êthos* esta habitação (condição), portanto abrigando o si-mesmo no *ser-do-Aí* (*Sein des "Da"*), "con-tendo-o" *chez-lui*, por assim dizer, porque então a ciência ética, pretensamente originária desta raiz, foi esquecida? Porque, de fato, a ética, seja como palavra ou seja como ciência, se desenvolveu a partir do *êthos*, do hábitos, dos costumes, da moral. Neste sentido, vale mais indagar onde e como esta ética se exilou da legítima associação com a habitação do homem, o *êthos*, optando por "pousadas" construídas e decoradas de hábitos, valorizados como indicadores de excelência (*arete, virtude*). A resposta está no *esquecimento e no abandono do ser*, onde a latinização de termos chaves da antiga filosofia grega teve um papel considerável. Esta afirmação se faz clara por esta longa mas necessária citação de Heidegger, em seu curso *Parmênides*¹⁹, em que transparece os equívocos nesta passagem do pensar grego ao pensar latino, que acarretou no *êthos* ceder posição de referência ao *êthos*, e, finalmente, a "romanização" deste último como *moralitas*, hábitos e costumes:

A dominação dos romanos e sua transformação do helenismo no modo latino não se limita, entretanto, de nenhuma forma, a instituições individuais do mundo grego ou a atitudes individuais e "modos de

¹⁸ HEIDEGGER, *Idem.*, 1998.

¹⁹ HEIDEGGER, Martin. **Parmênides**. Petrópolis: Vozes: 2008, p. 69-70.

expressão" da humanidade grega. Nem a latinização do mundo grego pelos romanos se estende, simplesmente, à soma de cada coisa apropriada por eles. O decisivo é que a latinização ocorre como uma transformação da essência da verdade e do ser no interior do domínio da história greco-romana. Essa transformação tem a característica de que ela permanece escondida e, entretanto, determina previamente tudo. Esta transformação da essência da verdade e do ser é o genuíno evento na história. [...] A transformação da essência da verdade suporta, ao mesmo tempo, aquele domínio no qual os nexos, historiograficamente [*historisch*] observáveis da história [*Geschichte*] ocidental, estão fundados. Por isso, também, o estado histórico de mundo, que chamamos de idade moderna, seguindo a cronologia historiográfica, está fundado no evento da latinização da Grécia. O "renascimento" da antiguidade, concomitante com a irrupção do período moderno, é prova inequívoca disso. [...] Tão logo voltamos nosso olhar para os âmbitos essenciais na sua simplicidade, os quais, para o historiógrafo, não têm naturalmente nenhuma consequência, pois não chamam atenção nem causam rumor - âmbitos nos quais não se dá nenhuma escapatória -, então, mas somente então, experimentamos que nossas representações fundamentais usuais, ou seja, as latinas, cristãs, modernas, falham miseravelmente em apreender a essência primordial da Grécia antiga.

A substituição do *êthos* pelo *éthos* e o desenvolvimento de uma filosofia moral, na latinização, pretensiosamente se referindo a uma "ética", só fazem sentido neste *esquecimento* e neste *abandono do ser*. Logo, resgatar o verdadeiro princípio da ética, enquanto reflexão sobre a condição humana, passa, como veremos, pela perspectiva aberta por *ser-ai* e *ser-em-o-mundo*, em particular pelo *ser-com* (*Mitsein*) no *ser-um-com-outro* (*Miteinandersein*), no modo *co-ser-ai* (*Mitdasein*)²⁰.

Ser-com (*Mitsein*) é ser *Aí* com outro *Aí*, na possibilidade de dignidade e respeito de uma ressonância comum das respectivas habitações, de ambos os *êthos*. Na possibilidade dessa relação entre *ser-ai* e *ser-ai*, segundo o modo de *co-ser-ai*, atualiza-se um modo de ocupação de se *ser-um-com-outro*, a *solicitude* (*Fürsorge*)²¹. Somente nesta relação entre

²⁰ "Esse Dasein-com [*Mitdasein*] dos outros só é aberto no-interior-do-mundo para um Dasein e assim também para os Dasein-com, porque é nele mesmo que o Dasein é essencialmente ser-com." (HEIDEGGER, *Op. Cit.*, 2012, p. 349)

²¹ "Ser um para o outro, ser um contra o outro, prescindir um do outro, passar um ao lado do outro, não se importar em nada com o outro são modos possíveis da preocupação-com [*Fürsorge*]." (HEIDEGGER, *Ibid.*, 2012, p. 351)

distintos *Al*, cada qual desde um modo de *propriedade* ou *autenticidade*, cada qual no abrigo do *êthos*, que os círculos *ser-em-o-mundo* podem ser co-adjuntos, co-operativos e companheiros (“alimentar-se do mesmo pão”), enfim pode haver consenso e se comungar do que seja, inclusive leis, normas e regras.

Em qualquer outra relação baseada apenas entre supostos entes intramundanos, modo de ser inadmissível para qualquer *ser-aí*, ou entre “fulano” e “beltrano”, não há ética possível, pois não há a possibilidade do abrigo comum do *êthos*. O ilusório paradigma sujeito-objeto que assume “mim-mesmos” e não “si-mesmos”, ou seja, relações entre um “mim-mesmo” (fulano) e outro “mim-mesmo” (beltrano), impõe limites pela perda do *co-ser-aí* na dispersão ilusória de ser um ente intramundano qualquer, “dentro” do círculo próprio de cada *ser-aí*. Estes limites por mais que sejam regulados e legislados, jamais serão superados. A perda da perspectiva comum de um *êthos* e da possibilidade do *ser-aí* contar com modo de *ser-um-com-outro* no *co-ser-aí* e na *solicitude*, não é remediada por maior que seja a normatização de conduta e comportamento que se venha a elaborar e aplicar.

Ser e seu abandono

Heidegger²² considera a questão fundamental da metafísica moderna na formulação de Leibniz: “porque há alguma coisa em vez do nada?”, como não alcançando o fundamento absoluto, pois ao mencionar “ente”, derivação direta da forma latina de “sendo”, admite uma questão precedente, que justamente deveria permitir definir o sentido do verbo “*ser*”. Para Heidegger essa última questão caiu no esquecimento, logo em seguida aos pensadores “originários”, os chamados pré-socráticos. Em

²² HEIDEGGER, *Op. Cit.*, 2008, p. 394.

mais nenhum pensador desde então, segundo Heidegger, a questão do *ser* foi devidamente apreciada²³. Platão transforma *ser* em *idea* e *koinonia* das Ideias enquanto Aristóteles diz o *ser* como *energeia*, *ser-até*: “o primeiro inicia e o segundo realiza a distinção de *ser*, *ennai*, em essência e em existência, em possibilidade e em realidade”²⁴.

Heidegger, alerta em termos veementes sobre o risco do *abandono do ser*, em sua maior força justamente onde é despercebido ou, pior ainda, desacreditado: quando os entes intramundanos e os “outros” se tornam mais familiares e ordinários na cotidianidade. Ele vê uma incitação a esse *abandono*, já na crença judaico-cristã em um Deus, Ente Supremo, criador do Céu e da Terra e tudo mais, incluindo o humano como criatura. Da crença em um Ente Superior criador de todos outros *entes*, decorre uma relação de causa-efeito que irá ressoar doravante como *pensar calculativo* em toda explicação do humano e de seu *meio*. Um pensar em que *ser* é a consideração mais incomum, portanto abandonada, pois a imperativa familiaridade dos entes domina todo e qualquer “cálculo” a respeito do *mundo*.

Conclusão

É indiscutível a necessidade de regulações entre humanos, entre humanos e coisas, e entre humanos e mundo, quanto mais pela tecnicização de uma sociedade em expansão e de um mundo em exploração. A questão fundamental é se o pensar, o elaborar e o pôr em prática destas regulações têm sua origem em um “sujeito” ou mais, em sua objetificação de tudo que em sua ilusão não é “ele-mesmo”. A questão na

²³ “Em lado nenhum se nos depara um pensar que pense a verdade do próprio ser e, assim, que pense a própria verdade como o ser. Não é pensado nem sequer onde o pensar pré-platônico, enquanto início do pensar ocidental, prepara o desenrolar-se da metafísica através de Platão e de Aristóteles.” (HEIDEGGER, 2014, p. 301)

²⁴ CHASSARD, Pierre. **Heidegger. L'être pensé**. Paris: Albatros, 1988, p. 14.

atual propalada “crise ética”, é se uma ética determinada e determinante em função de uma pretensa *praxis* é capaz de ser pensada, elaborada e posta em prática, desde um conjunto de indivíduos, cada um se afirmando “eu” ou “sujeito-agente”. Não seria isto a reprodução de uma tradição “ética”, posto que tal grupo é uma caixa de ressonância de um impessoal (*das Man*) político, social, cultural e econômico. Ou seja, alguma ética pode ser constituída desde um grupo de “mascarados”, de “eus” travestis de *agente*? A resposta é óbvia: qualquer empreitada nesses termos é insuficiente, cujas conclusões não passam de assertivas provisionais. A “crise ética” é como diz o termo “crise”, uma separação, um exílio da “habitação” do “ser” humano, o *êthos*, tendo este discurso visado tão somente vislumbrá-la, apontando para sua direção.

A JUSTIÇA IDEAL PARA A SAÚDE

José Carlos Zebulum

Introdução

A saúde¹, ao menos no sistema estabelecido pela Constituição Federal de 1988, é considerado um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação². Cada país organiza os seus serviços de saúde, públicos ou privados, de acordo com as suas possibilidades e necessidades, o que explica a diversidade de estratégias encontradas quando o tema é estudado a nível global. Há, porém, uma preocupação que se revela comum e aplicável a todos os sistemas: *a justiça na distribuição e acesso aos diversos serviços envolvidos*. Dada a relevância do bem jurídico em questão e as consequências que advêm quando o sistema de saúde se revela inadequado ou incapaz de atender às necessidades dos destinatários, a busca por uma justiça ideal para a saúde é louvável e plenamente justificada.

No campo da filosofia encontramos as teorias de justiça defendidas por Peter Singer, John Rawls e por Ronald Dworkin. Singer preocupa-se, em princípio, como os demais autores, em lastrear sua concepção de justiça na igualdade, mas, nessa perspectiva, seu foco será,

¹ A carta da Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovada em 1948, estabelece que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. A saúde pode ser considerada como a condição em que se encontra o organismo quando reage satisfatoriamente às exigências do meio, o que alarga o conceito a todos os seres vivos. Em relação ao homem, pode-se considerar a saúde como a condição de bem-estar consciente em que se encontra o indivíduo em plena atividade fisiológica e psíquica, reagindo ao seu meio físico, biológico e social, sem dor, sem lesão, sem fadiga e sem tristeza. MARQUES, Marcos Antônio Pereira. **Saúde e bem-estar social**. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/sfwtj/pdf/andrade-9788575413869-45.pdf>>.

² BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigo 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

mais especificamente, a denominada igual consideração de interesses preferenciais³. Assim, ao desenvolver sua teoria de justiça orientada, basicamente, para o bem-estar dos indivíduos, se opõe frontalmente às duas teorias de justiça distributiva: a teoria de Rawls, voltada à distribuição igualitária de bens primários e à teoria de Dworkin, voltada, genericamente, à distribuição igualitária de recursos⁴. No entanto, na mesma obra, Dworkin apresenta uma proposta do que seria o ideal de justiça para a saúde⁵, sendo este o objeto de nossas preocupações neste artigo.

A solução apresentada por Ronald Dworkin: o racionamento da assistência médica⁶

É fato notório e inquestionável de que os custos com a saúde são crescentes, e os governantes, de uma forma geral, vem canalizando percentuais cada vez maiores de seu orçamento para esta área de atuação. A necessidade de se impor um racionamento à assistência médica (ao menos nos países que adotaram sistemas de saúde patrocinados, no todo ou em parte, pelo ente público) se avulta na medida em que a ciência médica vem descobrindo medicamentos e tratamentos cada vez mais caros, tornando os gastos públicos com assistência médica cada vez mais significativos. Rachel Aisengart Menezes lembra que, a cada dia, são criadas tecnologias inovadoras de intervenção médica, como o uso de

³ SINGER, Peter. **Ética Prática**. 4. ed. Tradução Jeferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2018.

⁴ DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

⁵ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

⁶ Realizamos essa abordagem no Capítulo 4 de nossa Tese de Doutorado. Confira-se: ZEBULUM, José Carlos. **Entre direito, política e moral: Os magistrados na prática jurisdicional em saúde**. Tese (doutorado). 2018. 334 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: <
<http://www.posgraduacao.iesc.ufrrj.br/media/tese/1547142262.pdf>>.

células-tronco, novas maneiras de reprodução assistida, de manutenção ou prolongamento da vida, que requerem posicionamentos dos profissionais de saúde e da sociedade. Portanto, são necessários contínuos debates e pesquisas sobre as práticas na assistência em saúde, as políticas públicas, as demandas dos distintos segmentos sociais da população, além da proposição e tramitação de projetos de leis vinculados a tais questões⁷. Mas quanto uma nação deve gastar com a saúde das pessoas? Como saber se, afinal, um país está gastando exageradamente com a saúde⁸?

Dworkin, concentrando suas atenções no sistema de saúde norte-americano - um sistema tipicamente privado -, parte do princípio de que se o governo não pode pagar por todos os tratamentos médicos que seus cidadãos eventualmente necessitem, deve, ao menos, definir, segundo um critério racional, uma cobertura básica que pondere as prioridades da saúde com as possibilidades de orçamento⁹. Vislumbra-se, aqui, uma evidente questão de justiça: o tratamento médico *apropriado* e *adequado* seria definido a partir da definição do que seria *injusto* restringir com base na justificativa do alto custo¹⁰.

⁷ MENEZES, Rachel Aisengart. Entre normas e práticas: tomada de decisões no processo saúde / doença. *Physis*, v. 21, n. 4, p. 1429-1449, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a13v21n4.pdf>>.

⁸ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

⁹ *Idem*. No Brasil, diferentemente do que ocorre nos EUA, a Constituição de 1988, eleva o Direito à Saúde ao status de direito fundamental da pessoa humana, eis que tem previsão expressa no rol do artigo 6º da Lei Maior. É considerado como um dos sustentáculos do tripé que a Seguridade Social traz em seu conceito, sendo eles: saúde, assistência social e previdência social. Ao mesmo tempo em que assegura a todos o direito à saúde, a Constituição impõe ao Estado, assim entendido, em todas as suas esferas (municipal, estadual e federal), o dever de assegurá-lo, atribuindo, ainda, a organização e administração destes serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de proteção social com princípios basilares na seguridade. A sua abrangência universal requer uma governança eficaz e para que isso ocorra é essencial um planejamento e gestão das políticas públicas de saúde. Assim, o governo, em sua dimensão política, ao identificar as necessidades de saúde reclamadas pela sociedade brasileira, planeja as ações a serem realizadas a fim de proporcionar a resposta do poder público às demandas sociais, tendo sempre como orientação os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade.

¹⁰ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

Destacamos que nas teorias de justiça de Rawls e Dworkin, diferentemente do que se observa em outras teorias éticas, os princípios de justiça que conformam a estrutura fundamental e estabelecem os deveres e obrigações dos concernidos, sequer mencionam o mérito moral. O foco das atenções destas teorias está na distribuição igualitária de bens ou recursos e nenhum dos preceitos de justiça estudados nestas teorias visa recompensar a virtude, a moral¹¹. Dessa maneira, o conceito de valor moral é secundário face aos conceitos de justo e de justiça, e não desempenha qualquer papel na definição da distribuição¹².

A busca de uma definição para a concepção ideal de justiça na área da saúde nos leva, inicialmente, ao que Dworkin denomina de *princípio do resgate*¹³, que apresenta dois aspectos dignos de nossa apreciação: o primeiro afirma que a vida e a saúde são os bens mais importantes, e que, portanto, todos os demais bens a ela se submetem e podem ser sacrificados em favor destes dois¹⁴. O segundo exige que a assistência médica seja distribuída com equidade¹⁵, e impõe que mesmo em

¹¹ DA SILVA, Ricardo Perlingeiro Mendes. Teoria da Justiça de John Rawls. **Revista de informação legislativa**, v. 35, n. 138, p. 193-212, abr./jun. 1998. Disponível em <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/377/r138-16.pdf?sequence=4>>.

¹² *Idem. Ibidem.*

¹³ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

¹⁴ Luís Roberto Barroso salienta que em um ordenamento jurídico pluralista e dialético, os princípios podem entrar em rota de colisão, e, neste caso, o intérprete, à luz do caso concreto, da proporcionalidade, da preservação do núcleo fundamental de cada princípio, e dos direitos fundamentais, procede a uma ponderação de interesses. A decisão assim obtida deverá levar em conta a norma e os fatos, em uma interação não formalista, apta a produzir a solução justa para o caso concreto, por fundamentos acolhidos pela comunidade jurídica e pela sociedade em geral. O autor adverte que no momento atual, além dos princípios tradicionais (Estado de direito democrático, igualdade, liberdade, etc.), a consolidação do princípio da razoabilidade e o desenvolvimento do princípio da dignidade da pessoa humana estão na ordem do dia. BARROSO, Luís Roberto. Novo Direito Constitucional Brasileiro. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 225, p. 1-38, mar. 2015. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47562/44776>>.

¹⁵ Entre nós o termo “equidade”, em matéria de saúde pública, guarda um sentido próprio. Trata-se, em primeiro lugar, de um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), e que deve permear o acesso às ações e aos serviços de saúde, evitando-se a manutenção de um sistema viciado por uma ótica de exclusão e perpetuação de

sociedades em que a igualdade seja renegada, *não se pode negar a uma pessoa a assistência médica de que precisa, só porque é pobre demais para custeá-la*¹⁶. São ideais perfeitamente compreensíveis e facilmente assimiláveis, afinal, louvamos a ideia de que a assistência médica deve ser prestada a qualquer um que dela necessite, e que uma vida digna pressupõe o afastamento da dor e da doença, ao menos enquanto isto estiver ao alcance da medicina¹⁷.

No entanto, Dworkin¹⁸ adverte que o princípio do resgate, tão intuitivamente atraente e persuasivo, acaba não sendo útil para que alcancemos a meta desejada: a justiça ideal para a saúde. Isto porque, se afirmamos que o Estado deve, simplesmente, cobrir toda e qualquer necessidade médica que seus cidadãos tenham, e que não possam custear, estamos fechando os olhos para uma realidade contundente: o orçamento da saúde jamais será suficiente para tal cobertura, e a sociedade acabará sendo onerada de tal forma, que não será mais possível manter o equilíbrio de um sistema de saúde minimamente aceitável¹⁹.

Neste ponto cabe apontarmos a já consagrada e bem conhecida *teoria da reserva do possível*, pela qual tem-se que nem todas as metas governamentais podem ser alcançadas, principalmente pela notória escassez de recursos financeiros²⁰. Somente diante dos elementos

desigualdades. Aliás, a equidade se relaciona diretamente com os conceitos de igualdade e de justiça. A adoção deste princípio impõe o atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, assim, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. O princípio da equidade também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros. Disponível em <<http://pensesus.fiocruz.br/equidade>>.

¹⁶ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

²⁰ CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de direito administrativo**. 27. ed. rev.

concretos a serem sopesados no momento de satisfazer determinadas necessidades, à luz do caso concreto, é que o administrador público poderá concluir no sentido da possibilidade de fazê-lo, considerando a reserva administrativa dessa mesma possibilidade, tendo em conta, principalmente, a viabilidade em termos de recursos disponíveis. Evidentemente, não se pode obrigar a Administração a fazer o que se revela incompatível com os recursos disponíveis, avaliando-se, inclusive, eventuais prejuízos em outras áreas de atuação²¹.

Portanto, uma vez que os recursos financeiros são escassos e insuficientes para o atendimento de todas as necessidades sociais, mormente aquelas relacionadas à saúde, a formulação das políticas sociais e econômicas voltadas à implementação deste direito fundamental implicará, necessariamente, em escolhas alocativas que devem ser orientadas por critérios de justiça distributiva (o quanto disponibilizar, a quem atender e a quem não atender), configurando-se como típicas opções políticas, as quais pressupõem “escolhas trágicas”²².

Persiste, assim, a busca por um critério mais justo e condizente com os princípios maiores que devem orientar a proteção da vida e da saúde. O princípio do resgate, como vimos, impõe que a assistência médica deve ser distribuída à população conforme a *necessidade* de cada um. Mas como avaliar e definir o que é realmente *necessário*²³? Será que alguém “necessita” de uma operação extremamente delicada que talvez lhe salve a vida, mas com poucas chances de sucesso²⁴? A avaliação da *necessidade* de

ampl. e atual. São Paulo: Atlas, 2014.

²¹ *Idem*.

²² BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175/CE, Tribunal Pleno, Rel. Min. Gilmar Mendes (Presidente), j.17/03/2010, DJe 30/04/2010, p. 070. Aceitamos a qualificação “trágicas” adotada pelo Relator, uma vez que as escolhas impõem, necessariamente, o sacrifício de uma pretensão para o atendimento de outra.

²³ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

²⁴ *Idem*.

um determinado tratamento médico deve sofrer interferência da qualidade de vida que o interessado ainda teria em caso de êxito? Será que uma pessoa de 80 anos de idade *precisa menos* de um tratamento médico que um jovem na mesma situação²⁵?

Nesta reflexão, um ponto há que ser destacado desde já: em um sistema de saúde público, em que os gastos de cada um são arcados pela sociedade como um todo, sendo, assim, diluídos, dificilmente uma pessoa pensaria em abrir mão de um tratamento médico - pelo qual, reitere-se, não seria onerado, ao menos diretamente -, por que é de alto custo, ou porque não seja, assim, tão necessário ou prioritário em sua situação. É notório que as pessoas, de uma forma geral, administram seus gastos – inclusive aqueles que se destinam a saúde - procurando evitar despesas que possam desequilibrar suas finanças, em particular aquelas que não se revelam tão necessárias²⁶. As famílias optam, por exemplo, por contratar um plano de saúde privado que ofereça uma cobertura razoável, mas não tão completa como inicialmente desejariam, a fim de economizar e destinar maiores recursos para a educação dos filhos ou outras prioridades. Afinal, como é notório, os gastos com planos privados de saúde têm onerado bastante o orçamento das famílias²⁷. No Brasil, em particular, a proporção destes gastos com o Produto Interno Bruto (PIB) assume proporções maiores do que aquelas verificadas em outros países²⁸.

²⁵ *Idem*.

²⁶ *Idem*.

²⁷ Cristina Indio do Brasil. **Gastos com saúde privada no Brasil somam R\$ 231 bilhões de 2010 a 2017**. Economia.Uol. Os serviços da saúde privada foram os principais gastos das famílias brasileiras com o setor, revelou o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), por meio da pesquisa Conta Satélite de Saúde, que compara dados de 2010 a 2017. Despesas com médicos e com planos de saúde lideram o ranking. No total, os gastos somaram R\$ 231 bilhões, correspondentes a 3,5% do PIB (Produto Interno Bruto), que é a soma das riquezas produzidas no país. Os medicamentos alcançaram R\$ 103,5 bilhões, ou 29,9% do total dessas despesas. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2019/12/20/gastos-com-saude-privada-no-brasil-somam-r-231-bilhoes-de-2010-a-2017.htm>>.

²⁸ SILVEIRA, Daniel. **Gasto de brasileiros com saúde privada em relação ao PIB é mais**

Nesta linha de raciocínio, seria justo ou razoável exigir do Estado cobertura para tratamentos de saúde que não concordaríamos em pagar em um sistema privado²⁹? Seria razoável impor à sociedade gastos irracionais e exagerados com a saúde – porque não nos sentimos onerados diretamente –, deixando, assim, descobertas, outras prioridades da cidadania?

Os estudiosos mais conservadores e dedicados à questão das finanças públicas, não raro, se aproveitam desta reflexão para defender que devemos submeter a assistência médica às regras do mercado, ou seja, *as pessoas só podem ter a assistência médica pela qual podem pagar*³⁰. O argumento é inaceitável, e deve ser refutado, segundo Dworkin, por três motivos:³¹

- a) A distribuição de riquezas no mundo atual é tão marcada pela desigualdade que a maioria das pessoas ficaria privada de poder contar com um seguro - saúde. No Brasil, em particular, esta é uma realidade cruel, como se verifica de recente pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O acesso a planos privados, além de restrito a uma minoria, é totalmente desigual, eis que se concentra no Sul e no Sudeste do país, entre pessoas brancas e com maior renda. Por outro lado, o uso da rede pública é fortemente

que dobro da média dos países da OCDE, diz IBGE. G1.globo.com. Uma pesquisa divulgada nesta sexta-feira (20/12/2019) pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que, no Brasil, os gastos com a saúde privada são superiores aos da saúde pública. Demonstra, ainda, que, em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB), as famílias brasileiras gastam mais que o dobro da média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), enquanto o governo gasta quase a metade. Os dados são de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/12/20/gasto-de-brasileiros-com-saude-privada-em-relacao-ao-pib-e-mais-que-dobro-da-media-dos-paises-da-ocde-diz-ibge.ghtml>>.

²⁹ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

³⁰ *Idem.*

³¹ *Idem.*

concentrado na população de baixa renda.³²

- b) A maioria das pessoas não dispõe de informações suficientes para decidir com segurança no que, quanto e quando gastar por serviços desta natureza, sendo, assim, facilmente induzidas a gastos, muitas vezes aviltantes e desnecessários. Observe-se, por oportuno, que no Brasil esta é uma preocupação efetiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No portal da instituição, o consumidor encontra uma cartilha que procura orientar as pessoas sobre aspectos importantes a serem observados na hora de contratar um plano de saúde, tais como o que o plano deve cobrir, em que estabelecimentos, durante que período e em que localidades.³³
- c) Os planos de saúde privados, que operam sob a ótica do mercado, cobram prêmios mais altos - ou criam, mesmo, dificuldades para ingresso – em relação às pessoas que se encontram em situação de maior risco e, portanto, de maior vulnerabilidade – aqui se enquadram as pessoas

³² Pesquisa divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) aponta que sete em cada dez brasileiros dependem exclusivamente do sistema público de saúde para tratamento. São mais de 150 milhões de pessoas que não têm acesso a planos de saúde privados. Os dados são de 2019 e não incluem eventuais efeitos da crise econômica gerada pela pandemia na capacidade dos brasileiros a pagar por saúde privada — apenas entre março e julho, 327 mil brasileiros ficaram sem plano de saúde, de acordo com a ANS (Agência Nacional de Saúde). A Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE reforça ainda a existência de grandes desigualdades no acesso a planos privados, que são mais comuns no Sul e no Sudeste e entre pessoas brancas e com maior renda, e no uso da rede pública, mais concentrado na população de baixa renda. CASAL, Marcello. **Sem plano privado, 7 em cada 10 brasileiros dependem do Sistema Único de Saúde**. Blog do CES/RJ. Rio de Janeiro. 04 set. 2020. Disponível em: < <https://cesrj.com/2020/09/04/sem-plano-privado-7-em-cada-10-brasileiros-dependem-do-sistema-unico-de-saude/>>.

³³ BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O que o seu Plano de Saúde deve cobrir?** Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir>>.

mais idosas ou com problemas de saúde crônicos³⁴.

Diante destas reflexões, o autor aponta para um ideal de justiça mais satisfatório na assistência à saúde, a que se denomina de “*seguro prudente*”. O sistema idealizado pelo autor opera a partir das seguintes premissas, fixadas no âmbito de uma comunidade ideal, totalmente imaginária.³⁵

- ✓ Os gastos públicos com a saúde seriam realizados ponderando-se a existência de outras necessidades sociais da população, que estariam a depender, igualmente, de alocação de recursos por parte do Estado;
- ✓ A assistência médica seria prestada como se estivesse sujeita a um mercado livre, sem qualquer subsídio governamental;
- ✓ As pessoas passariam a dispor de conhecimentos avançados sobre os riscos à saúde e os tratamentos médicos disponíveis, tais como se fossem bons médicos.
- ✓ Por derradeiro, devemos assumir que nenhum fornecedor de serviços de saúde teria acesso a qualquer informação sobre a predisposição a maiores ou menores

³⁴ A realidade brasileira confirma a previsão do autor norte-americano. Para o professor Márcio Scheffer, por exemplo, a questão do reajuste do seguro-saúde de idosos é um drama na vida de indivíduos, famílias e empregadores que não conseguem continuar com esse benefício para os seus empregados, em função dos reajustes abusivos. Há uma sobreposição de reajustes, que estão totalmente fora de controle e incidem de forma diferente em determinados subgrupos dessa população que tem plano de saúde. Ainda de acordo com o pesquisador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não tem sido eficaz para coibir abusos contra os consumidores – principalmente os idosos –, o que tem gerado uma espécie de “expulsão pecuniária” de pessoas com mais idade dos planos de saúde, em um momento de retração do financiamento governamental para o Sistema Único de Saúde (SUS). BRASIL. STJ, Notícias. **Operadoras sugerem aplicação de tese firmada pelo STJ em 2016 para permitir reajuste por faixa etária nos planos coletivos.**

Disponível em: < <http://www.stj.jus.br/sites/portaltj/Paginas/Comunicacao/Noticias/Operadoras-sugerem-aplicacao-de-tese-firmada-pelo-STJ-em-2016-para-permitir-reajuste-por-faixa-etaria-nos-planos-coletivos.aspx>>.

³⁵ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

riscos à saúde de seus clientes em potencial³⁶.

A partir dessas condições, o autor³⁷ adverte que as três deficiências acima referidas seriam totalmente suprimidas, de tal forma que a distribuição de riquezas e rendas seria tão justa quanto possível, e os recursos de que as pessoas poderiam dispor, inicialmente, ao tomar suas decisões sobre educação, saúde e outros gastos, estariam o mais próximos possível da igualdade³⁸. O sistema, assim idealizado, se submeterá às regras

³⁶ No Brasil, tendo em conta o que dispõem o Estatuto do Idoso, ao Código de Defesa do Consumidor, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a Súmula Normativa 19/2011 da ANS, a aquisição e o acesso aos serviços dos planos de saúde não podem ser dificultados ou impedidos em razão da idade, condição de saúde ou deficiência do consumidor. Além disso, os locais de venda de planos de saúde devem estar aptos a atender a todos os potenciais consumidores (ou beneficiários), sem qualquer tipo de restrição em razão da idade, condição de saúde ou por portar deficiência. Eventual violação a estas diretrizes normativas sujeitará a operadora do plano de saúde a multa que não será revertida para o beneficiário do plano, mas visa punir a operadora pela prática abusiva e corrigir a sua conduta, assegurando que o consumidor tenha o devido acesso aos serviços contratados. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Operadoras de planos de saúde não podem impedir ou dificultar acesso de idosos**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/48-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/perguntas-frequentes/1396-operadoras-de-planos-de-saude-nao-podem-impedir-ou-dificultar-acesso-de-idosos>>.

³⁷ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

³⁸ Observe-se que, no Brasil, os gastos das famílias são mais impactados por despesas com habitação, que se revelam, pelo menos, quatro vezes maiores que aqueles incorridos na assistência à saúde, como revelam dados recentes obtidos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Com efeito, segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as famílias brasileiras gastaram, em média, R\$ 4.649,03 por mês, em 2018. As despesas de consumo representaram 81,0% desse valor, ou seja, o equivalente a R\$ 3.764,51 mensais. Na última década, aumentaram os gastos com habitação, saúde e educação. A fatia de recursos destinada a transporte e alimentação encolheu. As despesas com habitação consumiram a maior proporção da cesta de consumo das famílias, 36,6%, ainda mais do que absorviam de recursos na POF anterior, referente a 2008-2009, quando essa participação era de 35,9%. Também aumentou a destinação de recursos para Assistência à saúde (de uma fatia de 7,2% para 8,0%) e Educação (de 3,0% para 4,7%). Embora ambos tenham diminuído, os gastos das famílias com transporte superaram os de alimentação pela primeira vez nas pesquisas de orçamentos familiares. A fatia de recursos destinada ao transporte passou de 19,6% em 2008-2009 para 18,1% em 2017-2018. Já a porcentagem destinada à alimentação saiu de 19,8% para 17,5% no período. AMORIM, Daniela. **Famílias gastam mais com habitação, saúde e educação, revela pesquisa do IBGE**. Economia.Uol. 04 out. 2019. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2019/10/04/familias-gastam-mais-com-habitacao-saude-e-educacao-revela-pesquisa-do-ibge.htm#:~:text=Economia-Fam%C3%AADlias%20gastam%20mais%20com%20habita%C3%A7%C3%A3o%2C%20>>

do livre mercado, isto é, os médicos, os hospitais, as companhias de seguro e as indústrias farmacêuticas terão liberdade para cobrar o quanto quiserem por seus serviços e produtos³⁹. Nesta comunidade ideal, *o governo não oferecerá assistência médica de qualquer natureza*, nem oferecerá qualquer tipo de incentivo ou subsídio, que, aliás, seriam de todo desnecessários, uma vez que as pessoas teriam recursos suficientes para pagar pela assistência médica que achassem adequada às suas necessidades⁴⁰. Fixadas estas bases, é possível afirmar, com segurança, que os gastos dessa comunidade ideal com assistência médica, devem ser considerados justos e adequados, uma vez que afastados todos fatores que poderiam prejudicar a liberdade ou a coerência da decisão⁴¹. Da mesma forma, é possível, então, concluir que a distribuição de assistência médica observada nesta comunidade ideal, deve ser considerada justa e adequada.

Parece razoável admitir que a maioria dos jovens não iria contratar seguros mais caros que lhes garantissem alguns meses a mais de vida, em idade avançada, através de intensa intervenção médica. Certamente, achariam mais sensato gastar o que tal seguro custaria em planos de saúde que lhes assegurassem uma melhor cobertura mais cedo, ou em educação, habitação, lazer, etc⁴². As pessoas prudentes, possivelmente, não iriam querer garantir estes meses adicionais de vida, em condições precárias, às custas de sacrifícios financeiros durante a juventude, etapa da vida em que gozariam de melhores condições de saúde física e mental. Assim, iriam optar, possivelmente, por planos menos dispendiosos, que mantivessem seu conforto e as afastasse da dor o máximo possível⁴³, sem que isso lhes

a/%C3%BAde,educa/%C3%A7%C3%A3o%2C%20revela%20pesquisa%20do%20IBGE&ext=As%20fam/%C3%ADlias%20brasileiras%20gastaram%2C%20em,Geografia%20e%20Estat%20%20ADstica%20(IBGE).>.

³⁹ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ *Idem.*

⁴² *Idem.*

⁴³ *Idem.*

impedisse de alocar recursos para outras finalidades. No Brasil, esta não é, em princípio, uma preocupação, eis que caso um paciente – em estado vegetativo ou não - necessite de internação hospitalar por longo período, conforme avaliação do médico responsável, a operadora do plano de saúde deverá arcar com os gastos envolvidos, não havendo que se falar em possibilidade de limitação do tempo da internação⁴⁴.

Desta forma, a cobertura médica adquirida pela maioria das pessoas em um mercado livre, dotadas de recursos medianos e de conhecimentos sobre a medicina, é, então, considerada um parâmetro para avaliarmos a justiça da assistência médica em uma sociedade real: se esta cobertura médica não é proporcionada a todas as pessoas, temos uma situação de injustiça na medicina. *O sistema universal de saúde deve garantir, com toda justiça, que todos a tenham*⁴⁵.

Assim, na visão do autor, ao aceitarmos a substituição do princípio do resgate pelo princípio do seguro prudente, como ideal de justiça abstrata na assistência médica, aceitaríamos, portanto, sem maiores objeções, certos limites à cobertura universal, que não seriam encarados como obstáculos ou restrições à justiça, mas antes como decorrência dela⁴⁶. Observe-se que as conclusões do autor são bastantes razoáveis, e não destoam do que constatamos quando voltamos os olhos para a nossa realidade: a população brasileira, diante de um sistema de saúde pública que, de fato, não atende suas necessidades básicas⁴⁷, acaba sendo levada a

⁴⁴ Redação Folha Vitória. **Coma: Há limite para cobertura do tratamento pelo plano de saúde?** Folha Vitória. 21 jan. 2019. Disponível em: <<https://www.folhavitoria.com.br/saude/noticia/01/2019/coma-prolongado-ha-limite-para-cobertura-do-tratamento-pelo-plano-de-saude>>.

⁴⁵ DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Ao completar 26 anos, porém, o SUS ainda não conseguiu articular universalidade, integralidade e equidade conforme foi criado, com a Constituição de 1988. É bem verdade que o atendimento na rede pública, legalmente garantido a qualquer pessoa, é oferecido sem que se tenha de pagar. Porém, nem todos os brasileiros têm serviço de saúde no município em que moram; nem todas as unidades têm profissionais; e consultas, principalmente com

contratar planos privados, pelo menos no que diz respeito àqueles que dispõem dos recursos necessários. No entanto, alguns brasileiros, em virtude dos altos custos envolvidos, vêm preferindo abandonar o plano de saúde contratado e optando por pagar diretamente pelos serviços de consulta e exames, quando necessários. Estas pessoas, em caso de emergência, recorrem ao Sistema Público de Saúde (SUS)⁴⁸. Até mesmo aqueles que teriam condições de custear o plano, têm preferido obter um alívio no orçamento diante de preços exorbitantes. Eles aplicam o dinheiro que gastariam com o plano, confiando no SUS e que os gastos com saúde que possam vir a ter não serão tão elevados quanto o alto preço que pagavam pelo plano⁴⁹.

A exclusão de tratamentos caros para pacientes inconscientes ou em estado de demência é relativamente fácil de aceitar, porém, haveria decisões difíceis⁵⁰, como por exemplo, no caso de tratamento para crianças nascidas com deformações ou doenças tão graves que, provavelmente, não viverão mais do que algumas semanas, mesmo com as intervenções médicas mais heroicas e caras⁵¹. Estas decisões, segundo

especialistas, assim como exames, cirurgias e demais procedimentos podem demorar meses para ocorrer. Apesar do sucesso do SUS em muitas áreas, o atendimento geralmente – e não em todos os casos, diga-se de passagem – está distante do ideal em termos de qualidade e resolutividade – a capacidade de resolver o problema de saúde. Rede Brasil Atual. **Mal crônico da saúde pública brasileira, falta de recursos exige tratamento intensivo**. 05 set.2014. Disponível em <<http://www.redebrasilatual.com.br/diarios-2014/o-mal-cronico-da-saude-publica-brasil-falta-de-recursos-exige-tratamento-intensivo-612.html>>.

48 ALMEIDA, Maria. **Reajustes altos afastam 3 milhões de brasileiros dos planos de saúde**. Exame.com. 23 abr. 2018. Disponível em: < <https://exame.com/seu-dinheiro/preco-de-planos-de-saude-explode-e-afasta-milhoes-de-usuarios/>>.

49 ALMEIDA, Maria. **Reajustes altos afastam 3 milhões de brasileiros dos planos de saúde**. Exame.com. 23 abr. 2018. Disponível em: < <https://exame.com/seu-dinheiro/preco-de-planos-de-saude-explode-e-afasta-milhoes-de-usuarios/>>.

50 No Capítulo 9 de nossa Tese de Doutorado abordamos o tema dos casos difíceis em matéria de saúde. Confira-se: ZEBULUM, José Carlos. **ENTRE DIREITO, POLÍTICA E MORAL: Os magistrados na prática jurisdicional em saúde**. Tese (doutorado). 2018. 334 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: < <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1547142262.pdf>>

51 DWORKIN, Ronald. *Op. cit.*

o jusfilósofo norte-americano, caberiam ao órgão público encarregado da supervisão e distribuição da assistência médica, que teria, portanto, a competência para definir quais tratamentos médicos seriam “*necessários e apropriados*” e assim, fazer parte do pacote abrangente de benefícios garantidos a todos⁵². Este órgão, salienta o autor, deve ser integrado por *representantes de diversas categorias sociais*, e não apenas por médicos ou especialistas na área médica⁵³.

Esta preocupação de Dworkin, no sentido de que o órgão responsável pela definição dos tratamentos médicos que irão integrar o pacote de benefícios seja integrado por representantes de diversas categorias sociais, nos permite inferir que o jusfilósofo norte-americano compartilha da ideia acerca da relevância do estudo dos mecanismos pelos quais os determinantes sociais provocam as iniquidades de saúde, tanto nos “aspectos físico-materiais”, que envolvem a produção da saúde e da doença, como também nos “fatores psicossociais”, enfatizando-se as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde⁵⁴. Ou seja, parte-se da premissa de que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), como também se prestigia o entendimento de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde⁵⁵.

⁵² *Idem.*

⁵³ *Idem.*

⁵⁴ BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>.

⁵⁵ *Idem.*

Considerações finais

A proposta de uma justiça ideal para saúde, em Dworkin, encontra seus alicerces na substituição do princípio do resgate pelo princípio do seguro prudente, eis que o primeiro se mostra incapaz de oferecer uma resposta adequada às necessidades de assistência à saúde da população, sem que comprometa o equilíbrio que deve existir entre as receitas e os gastos públicos. O princípio do seguro prudente parte de uma comunidade ideal para identificar quais seriam os tratamentos necessários e apropriados, quais sejam, aqueles que seriam escolhidos pela maioria das pessoas livres, bem informadas e dotadas dos recursos necessários. Estes, portanto, seriam os tratamentos a serem prestados pelo Estado em uma comunidade real.

Além disso, a opção de Dworkin pelo princípio do seguro prudente coaduna-se com a corrente doutrinária pátria que propugna por uma leitura mais comedida do “*atendimento integral da saúde*” previsto no artigo 198, inciso II da Constituição Federal.⁵⁶ Com efeito, a referência constitucional à *integralidade* sempre foi muito discutida na doutrina, cogitando-se, inicialmente, de que o termo, quando combinado com a exigência de universalidade, significaria “*dar tudo a todos*”. Porém, a partir do advento da Lei n.º 12.401 de 2011, que introduziu importantes alterações na Lei n.º 8.080/90, o dispositivo constitucional vem sendo interpretado de forma mais ponderada e restritiva.⁵⁷

A adoção do princípio do seguro prudente pode oferecer respostas

⁵⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigo 198, inciso II. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

⁵⁷ A Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, definiu integralidade, no artigo 7º, inciso II, como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. BRASIL. Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, artigo 7º, inciso II. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>.

a algumas perguntas que foram feitas no início deste trabalho. Por exemplo, no que diz respeito à pergunta de quanto uma nação deve gastar em seu sistema de saúde, o princípio responde que deve-se verificar quanto as pessoas decidiriam gastar com a própria assistência médica, individualmente, se adquirissem um seguro em condições justas de livre mercado. Assim, podemos concluir que *o gasto do Estado, em termos coletivos, não deve superar o somatório dos gastos individuais realizados nestas bases.*

Por fim, a proposta de Dworkin nos leva a uma necessária reflexão. Como vimos, sob à ótica do autor, o órgão público encarregado da supervisão e distribuição da assistência médica, que teria, portanto, a competência para definir quais tratamentos médicos seriam “*necessários e apropriados*”, deve ser integrado, inclusive, por *representantes de diversas categorias sociais*, e não apenas por médicos ou especialistas na área médica, dada a relevância dessa atribuição. É inevitável a comparação com o que ocorre atualmente no Brasil: tendo em conta o quadro de intensa judicialização⁵⁸ que vivenciamos em nosso sistema de saúde pública, a tarefa de definir os tratamentos médicos que serão efetivamente disponibilizados à população acaba sendo atribuída, de forma exclusiva, aos magistrados, que não têm formação médica, nem são assessorados por representantes de outras categorias sociais.⁵⁹

⁵⁸ O tema é abordado no Capítulo 1 de nossa Tese. Confira-se: ZEBULUM, José Carlos. **Entre direito, política e moral: Os magistrados na prática jurisdicional em saúde.** Tese (doutorado). 2018. 334 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: < <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1547142262.pdf>>.

⁵⁹ No Capítulo 7 de nossa Tese abordamos a problemática. Confira-se: ZEBULUM, José Carlos. **Entre direito, política e moral: Os magistrados na prática jurisdicional em saúde.** Tese (doutorado). 2018. 334 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: < <http://www.posgraduacao.iesc.ufrj.br/media/tese/1547142262.pdf>>.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: PERTINÊNCIA E NECESSIDADE

Maria Gilda Alves de Oliveira

“(…) há fortes evidências de que encabeçamos todas as ‘mortes à-toa e antes do tempo’, em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que a mortalidade precoce de afrodescendentes no Brasil revela omissão de governos, discriminação de classe e indiferença racial/étnica?”¹.

“Dentre todas as disciplinas, a bioética deveria ser, a priori, por conta de sua natureza e conteúdo, uma das primeiras a se interessar pelas questões de sobrevivência, diretamente conexas às iniquidades”².

Introdução

Segundo Hasenbalg “nenhum outro país latino-americano construiu um dogma tão elaborado e persistente como o da democracia racial brasileira.”³ Erguido a partir de pensadores que fizeram uma reconstrução idílica do passado escravagista e/ou que deram ênfase à miscigenação, este mito cumpriu uma forte função de controle social, “ocultando a existência de divisões raciais e sociais”⁴ e promovendo o que DaMatta chama de “racismo à brasileira”⁵.

¹ OLIVEIRA, F. **Recorte racial/étnico e a saúde da mulher negra. Jornal da Rede Feminista de Saúde**, 2000 apud OLIVEIRA, F. **Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil**. In: MONTEIRO, S. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

² RICCI, L. A. L. **A morte social: mistanásia e bioética**. São Paulo: Paulus, 2017.

³ HASENBALG, C. **Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil**. In: Marcos Chor, Santos Ricardo Ventura (org). *Raça, ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. p. 237

⁴ *Ibid.*, p. 238.

⁵ O autor entende que a mistura biológica das raças, observada no Brasil, e que gerou o intermediário (chamado mulato ou pardo) cooperou para a produção de um preconceito velado, “forma mais eficiente de discriminar pessoas de cor, desde que elas fiquem no seu

O histórico brasileiro de negação da raça/etnia⁶ e do racismo como questões sociais importantes chegou ao ponto de transformar o tema racial em questão de “segurança nacional” entre 1965 e o final da década seguinte, levando, em 1969, à aposentadoria compulsória de teóricos da escola paulista de relações raciais. E ainda como parte da ocultação da questão étnico-racial, o quesito cor foi suprimido do censo demográfico de 1970⁷.

Se por um lado se observa a negativa do Estado brasileiro em providenciar uma arena para que a sociedade lidasse com os conflitos envolvendo raça/etnia, observa-se também que o silenciamento estatal em torno do tema não se faz sem resistência, sem pressão no sentido de produzir o contrário.

Desde os primórdios do movimento negro, lá na década de 30 do século passado com a Frente Negra Brasileira, até os dias atuais, com Instituto de Pesquisa da Cultura Negra, Movimento Negro Unificado, Organização Criola, Geledés Instituto da Mulher Negra, Instituto de Pesquisas e Estudos Afro brasileiros, entre outros, vozes se erguem no sentido de evidenciar que há um problema de justiça social no Brasil, envolvendo as relações raciais.

Do mesmo modo que o mito da democracia racial esteve ancorado

lugar e ‘saibam’ qual ele é.” DAMATTA, R. **A Ilusão das relações raciais**. In: O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco, 1997. p. 46

⁶ O uso da noção de raça não é consensual, mormente no que se refere às questões relacionadas à saúde. Monteiro (MONTEIRO, S. **Desigualdade em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios**. In: MONTEIRO, S. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004) apresenta um balanço da literatura internacional sobre o uso do termo em suas relações com saúde. Com base em Almeida, entendemos a raça como um constructo histórico social, um fator político “utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários”. Ancorado em Todorov, Almeida entende que a raça opera tanto “como característica biológica, em que a identidade racial será atribuída por algum traço físico, como a cor da pele, por exemplo; [quanto] 2. como característica étnico-cultural, em que a identidade será associada à origem geográfica, à religião, à língua ou outros costumes, ‘a uma certa forma de existir’.

⁷ *Idem*.

em uma determinada tradição do pensamento social brasileiro, a insurgência contra o racismo também se ancora sobre o trabalho de inúmeros pesquisadores⁸. São vozes que de certa forma têm oferecido subsídios teóricos para os movimentos sociais melhor pressionarem o Estado no sentido do encaminhamento de soluções para o referido problema.

Ainda que sob diversas perspectivas teóricas, que por sua vez implicam em encaminhamentos diversos, essas pesquisas têm permitido visualizar os conflitos que envolvem as raças/etnias no Brasil. São trabalhos que possibilitam pensar as relações raciais sob o crivo dos direitos humanos, apontando para os grandes diferenciais entre brancos e negros no tocante ao usufruto de direitos, do mais fundamental direito à vida aos mais diversos direitos sociais. São, então, tematizadas as questões da exclusão social e da vulnerabilidade dos negros, entendidas como desafios para compreensão do Estado brasileiro como um Estado democrático de direitos.

A tematização dessas questões nos termos de sua associação com a construção da democracia brasileira conduz os movimentos sociais a exigir do Estado um compromisso com a redução das desigualdades de origem étnico-racial. Sob o ponto de vista das políticas públicas, assumir este compromisso impõe ao Estado ir além das políticas universalistas.

⁸ Dentre muitos outros nomes, constituem referência no Pensamento social brasileiro relativamente à questão étnico-racial negra no Brasil: COSTA PINTO, L. A. **O negro no Rio de Janeiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998; SOUSA, N. S. **Tornar-se negro: as vicissitudes do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: edições Graal, 1983; VALE SILVA, N.; HASENBALG, C. A. **Relações raciais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Rio fundo Ed.: IUPERJ, 1992; SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993; GONZALES, L. **Primavera para as rosas negras**. São Paulo: União dos coletivos Pan-Africanos de São Paulo, 2018; MUNANGA, K. **Negritude; usos e sentidos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. CARNEIRO, Sueli. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Letramento, 2018 e a articulista Beatriz Nascimento. Lélia Gonzales e Carlos Hasenbalg publicaram juntos, em 1982, pela editora Marco Zero, o livro Lugar de negro.

As investigações sobre a temática étnico-racial têm demonstrado que as políticas universais – educação, saúde e assistência social - são insuficientes para o pleno gozo de direitos por parte dos indivíduos pertencentes a grupos menos valorizados, logo, discriminados na sociedade brasileira. Em 2008, por exemplo, Jaccoud⁹ observava quanto ao direito à educação, que apesar de registrarmos uma melhoria do acesso da população como um do todo e da população negra¹⁰, em especial, havia enormes distâncias entre brancos e negros relativamente à evasão e repetência, e também quanto ao acesso aos níveis médio e superior.

Neste sentido, relativamente à temática étnico-racial impõem-se a colocação no horizonte ético-político do Estado brasileiro o combate ao racismo e à desigualdade nele engendrada. Segundo a mesma autora, os primeiros tratamentos dispensados por governos brasileiros à questão racial foram tímidos. Datam da década de 80 do século passado, com origem nos governos municipais e estaduais, atingindo posteriormente o âmbito federal.¹¹ A partir dos anos 2000, impulsionados pela participação do Brasil na Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, ocorrida em 2001, em Durban, na África do Sul, vimos crescer as iniciativas governamentais federais, ainda que em meio a contradições.¹²

É neste contexto que surge o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), desenvolvido no Ministério da Saúde e em algumas

⁹ JACCOUD, L. **O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial**. In: THEODORO, Mario (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil*. Brasília: Ipea, 2008.

¹⁰ A população negra é formada pelo somatório das pessoas autotranscritas como pretas e pardas nos censos demográficos promovidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

¹¹ JACCOUD, L. *Op. cit.*, 2008.

¹² CARNEIRO, S. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

prefeituras entre os anos de 2004 e 2006.¹³ Seus objetivos eram “fortalecer a capacidade do setor público na identificação e prevenção do racismo institucional e fomentar a participação das organizações da sociedade civil organizada no diálogo sobre políticas públicas”.¹⁴

O PCRI foi uma oportunidade para Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, existente desde 1990, articular a criação, em 2004, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Em seu âmbito serão coligidos dados e aprofundadas discussões sobre os efeitos das desigualdades étnico-raciais na saúde. A partir deste esforço, o Conselho Nacional de Saúde aprova, em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)¹⁵, que aguardará por três anos a sua instituição, por meio da portaria 992, de 13 de maio de 2009.

Sua implantação e implementação deveriam cumprir a função de assegurar à população negra atenção às suas necessidades de saúde, sendo muitas dessas necessidades originadas do próprio racismo. No entanto, como um efeito do imaginário que associa a nação brasileira a uma democracia racial, o setor saúde encontra-se longe disso. Dez anos após ter sido instituída, entre os mais de cinco mil municípios brasileiros, a política foi implantada em apenas 57, pois grassa entre os gestores a compreensão de que “as disparidades raciais são explicadas pelas diferenças sociais e de renda.”¹⁶ Neste sentido, nos parece ainda pertinente e necessário tratar da pertinência e necessidade dessa Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

¹³ JACCOUD, L. *Op. cit.*, 2008.

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ Política de Saúde para a População Negra só existe em 57 municípios, 12 anos após ser criada. O Globo. <https://outline.com/a5mXbH>

Racismo e iniquidade em saúde

Há muito foi reconhecida a influência de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais nos processos de saúde-doença-cuidado, sendo reconhecido também que “as via pelas quais esses fatores influenciam o processo saúde-doença são múltiplas, assimétricas e diferenciadas.”¹⁷

Dentre os diversos fatores que influenciam os processos saúde-doença-cuidado alguns pesquisadores têm se debruçado sobre as desigualdades sociais que, implicando algum nível de desvantagem para determinados grupos e pessoas se manterem sadios, estabelece abertura para a discussão da saúde como direito.¹⁸ Observa-se que esse direito sofre o impacto da distribuição desigual de poder e propriedade, levando ao que tem sido chamado de iniquidade em saúde, ou seja, ao fato de que o exercício do direito à saúde é desigual.

A observação das iniquidades em saúde cuja base se encontra nas desigualdades de raça/etnia tem sido possível graças à análise de indicadores de saúde desagregados por raça/cor. No Brasil, a recorrência a este recurso metodológico, por meio do qual se busca as evidências empíricas das relações entre raça/etnia e saúde, tem demonstrado 1 – que brancos e não brancos apresentam diferenciais de condições de saúde, cabendo a estes últimos as piores condições; 2 – que há discriminação étnico-racial nos contextos de atenção à saúde, logo, que as práticas de cuidado são enviesadas pelo racismo¹⁹.

¹⁷ LOPES, F; QUNTILIANO, R. **Racismo Institucional e o direito humano à saúde**. In: Democracia Viva 34. Rio de Janeiro: Ibase, 2007

¹⁸ BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

¹⁹ Almeida define o racismo como “uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem”. ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019., p. 9.

É verdade que há uma complexa relação entre classe social e raça/etnia, o que, em diversas situações, torna difícil apontar os efeitos dessa última sobre a vida das pessoas. No entanto, relativamente aos diferenciais entre brancos e não brancos, a partir do controle de variáveis socioeconômicas, estudos têm demonstrado o efeito inequívoco da raça/etnia sobre determinadas condições sociais²⁰, dentre estas, as condições de saúde^{21,22}.

Sobre as relações entre população negra e saúde reprodutiva, por exemplo, com ênfase na saúde da mulher negra, Oliveira²³ apresenta-nos um panorama da questão a partir de diversos trabalhos em que, invariavelmente, os diferenciais de morbidade e mortalidade encontrados são desvantajosos para negras.

Abordando a questão do recorte racial nos estudos das desigualdades em saúde, Cunha²⁴ apresenta os mesmos diferenciais, chamando atenção, entre outros aspectos, para a persistência do diferencial entre brancos e negros, relativamente ao indicador de saúde esperança de vida ao nascer. Observando a série histórica relativa a este indicador, a autora aponta um aumento de nível para ambos os grupos raciais. No entanto, os diferenciais entre brancos e negros persistem.

Abordagens das questões de saúde reprodutiva têm ilustrado bem

²⁰ BARATA R. B. *Op. Cit.*, 2009

²¹ Apesar da demonstrada relação entre raça/etnia e saúde, segundo Barata as pesquisas epidemiológicas têm subavaliado três aspectos dessa relação: “o efeito da acumulação de desvantagens ao longo da vida, os efeitos contextuais decorrentes da concentração de grupos étnicos minoritários em áreas residenciais pobres e deterioradas do ponto de vista urbano e os efeitos deletérios de viver em uma sociedade percebida como racista”.

²² Aqui é preciso observar que, momento no que se refere à acesso e uso dos serviços de saúde, o estudo do comportamento dessa variável depende muito do preenchimento do quesito raça/cor nos documentos e formulários dos serviços de saúde. O que diversas pesquisas assinalam é uma má qualidade do preenchimento desse quesito, com altíssimo número de ignorado, o que implica em sub-representação dos dados encontrados.

²³ OLIVEIRA F. *Op. Cit.*, 2004

²⁴ CUNHA, E. M. G. P. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, 2008 p. 79-91. Disponível em http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_06.pdf

esses diferenciais. De acordo com a PNAD de 2008, as mulheres negras encontravam-se entre a maioria das mulheres sem exames preventivos ginecológicos básicos (Papanicolau, mamografia e exames clínicos)²⁵.

Por sua vez, a violência, um agravamento à saúde, hoje considerada um problema de saúde pública, quando posta sob o crivo da variável raça/etnia revela que, entre 2002 e 2008, enquanto o homicídio de brancos caiu 22,3%, o de negros aumentou 20%²⁶. Relativamente ao ano de 2018, os negros representam 75,7% das vítimas de homicídio e do total das mulheres assassinadas, as mulheres negras representam 68%. Com uma taxa de 37,8% de homens negros mortos a cada 100 mil habitantes, em 2018, para cada indivíduo não negro morto (somatório de brancos, amarelos e indígenas) 2,7 indivíduos negros foram mortos.²⁷

No atual contexto da pandemia de COVID-19, Gondim et al observam que, poucas semanas após os registros dos primeiros casos da doença, o número de internações e óbitos em brancos sofreu queda, enquanto em negros aumentou. Observam, ainda, que “em negros há uma baixa proporção de hospitalização, quando em comparação com a proporção de óbitos, o que sinaliza desigualdades no acesso a serviços de saúde e maior vulnerabilidade populacional”²⁸.

Utilizando-se de dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

²⁵ MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. Desigualdade racial no Brasil: um olhar para a saúde. **Revista Desafio do Desenvolvimento**. Disponível em https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=2688:catid=28&Itemid=23 Acesso em 03 de outubro de 2020.

²⁶ CAMARGO, C. L. de; SANTOS, L.; LACERDA, R. S.; TACSI, Y. C. **Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros**. In: Batista L E, Werneck J, Lopes F. (orgs) Saúde da População Negra. 2 ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de pesquisadores Negros, 2012

²⁷ Atlas da violência. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/27/atlas-da-violencia-2020-principais-resultados>

²⁸ GONDIM, R. O.; CUNHA, A. P. da; GADELHA, A. G. S.; CARPIO, C. G.; OLIVEIRA, R. B. de; CORRÊA, R. M. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, 36, n. 9, 2020.

(IBGE), Goes e Nascimento²⁹ pesquisaram sobre o acesso das mulheres a serviços de saúde no estado da Bahia. Os resultados encontrados demonstram a existência de diferenciais entre mulheres brancas e negras quanto ao tipo de serviço acessado, com as mulheres negras dirigindo-se prevalentemente aos serviços públicos, enquanto as mulheres brancas buscam majoritariamente os serviços privados. No entanto, “mesmo sendo as mulheres negras as maiores usuárias dos serviços do SUS, as mulheres brancas referem ser mais bem atendidas.”³⁰

Como um outro dado para pensarmos a questão do acesso aos serviços, o Relatório Anual da Mulher³¹ aponta que 62,8% das mortes ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério – morte materna –, no Brasil, referem-se a mulheres negras, enquanto 35,6% correspondem a mulheres brancas.

Esses últimos apontamentos deixam ver que, em que pese a institucionalização do acesso universal e igualitário à saúde, o que produziu a melhoria de muitos indicadores³², o racismo também produz desigualdades no acesso e atenção dispensada pelos serviços. Como?

Seja sob a perspectiva do racismo institucional seja sob a do racismo estrutural³³, os diferenciais entre negros e brancos no acesso e

²⁹ GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. **Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no estado da Bahia, PNAD – 2008**. In Batista L E, Werneck J, Lopes F. (orgs) Saúde da População Negra. 2 ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de pesquisadores Negros, 2012.

³⁰ Idem. p. 284.

³¹ Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para Mulheres. Relatório Anual socioeconômico da Mulher. Brasília: Secretaria de Políticas para Mulheres, 2015. Disponível em http://assets-institucional-ipg.sfo2.cdn.digitaloceanspaces.com/2015/04/Raseam_completo_2014.pdf

³² BARATA R. B. *Op. Cit.*, 2009

³³ Sílvia Almeida identifica três concepções de racismo, a individualista, a institucional e a estrutural. Na primeira concepção trata-se de um fenômeno ético ou psicológico, individual ou coletivo. O caráter político do fenômeno é postulado apenas nas outras duas concepções. Na concepção institucional este caráter é expresso pela compreensão de que o racismo atua por meio da hegemonia institucional de determinados grupos raciais que se utilizam de mecanismos para impor seus diversos interesses. Na concepção estrutural entende-se que as instituições são racistas porque o racismo é parte da ordem social. Neste sentido, a única

atenção à saúde são explicados pelo fato de que, extrapolando as injúrias raciais, o racismo é um processo de constituição de subjetividades. Isto significa dizer que ele molda a consciência, o inconsciente e os afetos³⁴.

Esta ação modelar do racismo é possível porque as mais diversas instituições (de comunicação, de educação, de cultura, de direito, dentre outras) cooperam para a constituição de um imaginário social alicerçado no racismo. Na introdução do presente artigo trouxemos a contribuição da ciência para este imaginário.

Produzido no âmbito das instituições, o imaginário social de cunho racista é atualizado nas práticas sociais cotidianas. Logo, nas mais diversas práticas sociais em uma sociedade racialmente divididas, dentre elas as práticas de cuidado, é possível observar efeitos do racismo. A não ser que, despertados para o problema, indivíduos e instituições encarem o racismo, a discriminação e a desigualdade que dele derivam e, então, proponham, discutam e pactuem soluções.

PNSIPN: caminho ético-político para o enfrentamento das iniquidades em saúde da população negra

A consideração da variável raça/etnia tem demonstrado o quanto o racismo tem sido determinante das piores condições de saúde e vida da população negra, o que precisa ser continuamente denunciado e enfrentado. Estas tarefas de denúncia e enfrentamento implicam, além de olhar para o racismo como fator de iniquidade, promover políticas ancoradas nos direitos humanos como um caminho para mudança desse estado de coisa.

O respeito igual e universal, cerne dos direitos humanos, e do qual

forma de combate-lo é por meio de práticas antirracistas. ALMEIDA, S. L. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

³⁴ ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

deriva uma série de direitos (morais e legais), é solapado pelo racismo. Este é uma espécie de exclusão moral³⁵ em que, por invisibilidade ou demonização, os negros são excluídos de consideração moral, sendo assim privados de direitos.

A privação de direitos derivada do racismo produz vulneração³⁶, aqui entendida como a condição sob a qual, devido a fatores de ordem social, econômica ou política, os termos de uma vida digna se encontram comprometidos. Trata-se, assim, de uma situação que extrapola a vulnerabilidade. Esta, além da condição imanente à humanidade, nos reporta a uma situação de probabilidade frente determinadas adversidades. Na vulneração produzida pelo racismo temos uma situação persistente. Afirma-se, assim, que enquanto não for enfrentado, o racismo produz, inescapavelmente, de diversas formas e em diversos níveis, danos às vidas negras.

No que tange especificamente às questões de direito à saúde, a vulneração provocada pelo racismo sobre a vida das pessoas negras aumenta as chances de exposição dessas pessoas ao adoecimento e à iatrogenia, como demonstraram as pesquisas anteriormente citadas.

Ocorre, ainda, que a privação que a população negra tem sofrido do seu direito à saúde, além de implicar em vida menos valorizada, implica também em mistanásia, ou seja, “a morte de pessoas cujas vidas não são

³⁵ VIEIRA O V; DUPREE A S. Reflexões acerca da sociedade civil e dos direitos humanos. **Rev. Sur.** 2004; [Acesso em 10 jan 2020] ano 1(1) Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/08/sur1-port-flavia-piovesan.pdf>

³⁶ Junges faz uma apresentação dos vários usos do conceito de vulnerabilidade. Ao fazê-lo situa na produção de Kottow o uso original do conceito de vulneração. A vulneração é uma compreensão da vulnerabilidade associada ao estatuto de cidadania, o que significa dizer que se trata de uma condição associada a determinantes socio-históricos. Neste sentido, sua superação implica a ampliação das esferas de participação e poder dos indivíduos e grupos vulnerados, por meio do fortalecimento das redes sociais em se encontram inseridos. JUNGES, J. R. **Vulnerabilidade em saúde e políticas públicas**. In: Bioética Sanitarista: desafios éticos da saúde coletiva. São Paulo: Edições Loyola, 2014. pp. 63-80.

valorizadas”³⁷. Conceito utilizado originalmente para tratar das condições de vida e morte das populações empobrecidas e em situação de vulnerabilidade, consideramos pertinente o seu uso também para compreender as questões que envolvem a vida, a saúde e a morte da população negra sob os efeitos do racismo.

Ricci, ao tratar de *mistanásia*, fala de “uma exposição contínua à morte, onde se introjetam instrumentos de reprodução sistêmica de desigualdades e exclusão”³⁸. Conforme apresentado acima, indicadores como esperança de vida ao nascer, mortalidade por causas externas e morte materna expressam tal exposição, que conduz ao desaparecimento precoce e miserável de pessoas negras que, antes de morrerem fisicamente, sofrem morte social.

O autor aponta, ainda, que “as mortes *mistanásicas* ocorrem à luz do sol, contudo as causas e explicações são colocadas metodologicamente nos subterrâneos, pois por vergonha, comodismo ou negligência a sociedade prefere mantê-las escondidas.”³⁹ No entanto, os indicadores de saúde, quando colocados sob o crivo da variável *raça/etnia*, revelam exatamente as desigualdades vividas pela população negra relativamente à sua saúde, vida e morte. Assim fazendo, revela-se o racismo como causa das mazelas do povo negro na saúde e faz-se emergir o significado ético-político das condições de saúde, vida e morte dessa população que, sem políticas de promoção de equidade (em diversos campos da vida social, não apenas na saúde), não consegue as condições para romper com este estado de coisas.

Equidade é um conceito de muitos significados⁴⁰. Como princípio,

³⁷ RICCI, L. A. L. **A morte social: mistanásia e bioética**. São Paulo: Paulus, 2017. p.48

³⁸ *Idem*.

³⁹ *Ibidem* p.50

⁴⁰ BARROS F P C, SOUZA M F de. Equidade: seus conceitos, ignificações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, 2016.

ela surge na contemporaneidade associada aos direitos das minorias⁴¹, constituindo importante recurso para a promoção e garantia dos direitos humanos junto a esses grupos. Sua aplicação exige a identificação, o reconhecimento e a análise das desigualdades, suas causas e consequências.⁴²

No sentido da promoção e garantia do direito à saúde, esse princípio “tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde”.⁴³ Considerando seu aparecimento tardio nos documentos do Sistema Único de Saúde⁴⁴, pode-se dizer que a ênfase que a equidade adquire em diversas políticas do Sistema é o reconhecimento de que a articulação do princípio igualdade é insuficiente para a promoção da justiça social no âmbito da saúde.

Relativamente à saúde da população negra, a equidade foi definida, no âmbito da PNSIPN, como o princípio que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las.⁴⁵

Obviamente que, reconhecida a precariedade das vidas negras, sua articulação se faz no sentido de fazer valer, relativamente à população negra, os princípios da dignidade humana e da igualdade. Estes também

⁴¹ Escorel S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA, J. C. L. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2ª. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

⁴² HOSSNE, W. S. Dos referenciais da bioética – a Equidade. **Bioethikos - Revista - Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 2, p. 211-216, 2009.

⁴³ ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA, J. C. L. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

⁴⁴ O texto constitucional que cria o SUS não cita a equidade um de seus dos princípios. O mesmo vale para as leis 8080 e 8142, que subsequentemente normatizam o Sistema. ESCOREL, S. **Equidade em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA, J. C. L. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

são constituídos como norteadores da Política, juntamente com os princípios da universalidade, da integralidade e da participação social. No entanto, a equidade é o seu cerne, uma vez que a PNSIPN possui como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”.⁴⁶

A implantação e implementação da PNSIPN, com seu caráter transversal, implicam em pensar as questões centrais para a produção de cuidado em saúde tendo em vista as discriminações étnico-raciais e iniquidades por elas produzidas. Sob esse aspecto, gestão de serviços, programas de saúde e práticas de cuidados não podem se dar sem que se considere como referenciais (bio)éticos⁴⁷ a vulnerabilidade da população negra frente ao racismo e a promoção da equidade para sua superação.

Sendo a garantia da saúde dessa população uma das dimensões do processo de ampliação da cidadania negra, engendrado pela PNSIPN, entende-se que a participação do movimento social negro na gestão da política constitui também uma dimensão desse processo. Observa-se, então, que a amplificação das vozes que se pronunciavam sobre a população negra e suas condições de saúde é, neste sentido, inerente e imprescindível nos contextos de implantação e implementação da PNSIPN.

Se a observação dos indicadores de saúde aponta caminhos no sentido de restituir a dignidade aos indivíduos negros, por meio da identificação e atenção de suas necessidades de saúde, a completude deste

⁴⁶ *Idem*.

⁴⁷ Crítico da redução da reflexão bioética à princípios, Hossne entende que esta reflexão deve elaborar-se a partir de pontos de referência constituídos por deveres, direitos, sentimentos, valores e compromissos. O autor elenca entre os referenciais da disciplina a equidade e a vulnerabilidade. HOSSNE, W. S. Bioética: princípios ou referenciais. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 4, p. 673-676, 2006; HOSSNE, W. S. Dos referenciais da Bioética – a Vulnerabilidade. **Bioethikos - Revista - Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 2, p. 41-51, 2009; HOSSNE, W. S. Dos referenciais da bioética – a Equidade. **Bioethikos - Revista - Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 2, p. 211-216, 2009.

processo de restituição de dignidade é também tributária do diálogo respeitoso com os representantes politicamente organizados dessa população. Assim, é no âmbito dos comitês técnicos de saúde da população negra que suas demandas serão vocalizadas e seus projetos, com vista à superação das iniquidades raciais na saúde, serão articulados.

Tomando o racismo como produtor de iniquidades em saúde, logo, como fator de comprometimento do fazer em saúde, amplamente entendido, busca-se, com a PNSIPN, romper com a “normalidade” do racismo na sociedade brasileira. Sua implantação e implementação são atos políticos no sentido de uma sociedade mais justa. A missão está dada, esperamos ter demonstrado que urge cumpri-la.

O DILEMA DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS: COMPOSIÇÕES ENTRE BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E AUTONOMIA

*Jussara Alves Continho
Andréia Patrícia Gomes*

Introdução

A ciência e as novas tecnologias deflagram, frequentemente, no âmbito do cuidado integral à saúde, conflitos éticos, deixando um espaço aberto para a reflexão crítica e a proposição de respostas que, mesmo sendo temporárias, podem contribuir para uma atenção mais digna e humanizada aos pacientes. Este trabalho proporá que a Bioética, campo interdisciplinar de saber, poderá, exatamente, se apresentar como ferramenta, visando contribuir para a fundamentação e melhoria de ações de saúde. Tomar-se-á para objeto de investigação o dilema da internação psiquiátrica involuntária¹.

A assistência psiquiátrica na história foi marcada por inúmeros abusos, pela animalização do indivíduo², o que só foi questionado a partir de meados do século XX pela reforma psiquiátrica³. No Brasil, este movimento ganha força na década de 80 desse século, se concretizando, no entanto, no século XXI com a reformulação das leis de proteção à

¹ SINGH, A.R.; SINGH, S.A. Bioethical and other philosophical considerations in positive psychiatry. **Mens Sana Monographs**, [S.I.], v.14, n. 1, p. 46-107, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28031624>. Cited 2018 Nov 10.

² FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017. 551 p.

³ ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.

saúde mental⁴.

Forçado à um ambiente arbitrário, o homem, em qualquer condição mental, se adapta às normas da instituição assumindo um comportamento fruto de uma resposta ao ambiente hostil e excludente. O fim da institucionalização significou o fim do que o homem se tornou no cárcere e surge a necessidade de se reconstruir como ser humano através de modelos de atenção na comunidade⁵.

Apesar da mudança de paradigma proposta, passando-se de um modelo de atenção paternalista e opressor para uma crescente valorização da autonomia destes sujeitos, na prática quotidiana, ainda se observam transgressões aos seus direitos, denotando que os anseios de proteção são um desafio permanente e atual, diante ainda hoje das ambivalências existentes no cuidado em saúde mental ⁶.

A partir desta perspectiva, o estudo objetiva auxiliar na verificação das propostas de cunho bioético acerca do sujeito que sofre de doença mental, com foco principal no princípio da autonomia, tomando como recorte a internação psiquiátrica involuntária. Com estas reflexões, se pretende subsidiar a discussão bioética diante das internações psiquiátricas involuntárias, promovendo-se a ampliação do conhecimento, entre os profissionais de saúde, dos saberes e teorias, como também estabelecendo uma discussão que seja capaz de auxiliar na verificação de problemas bioéticos, fortalecendo o processo de tomada de decisão e garantindo a construção da competência ética, que, associada à competência técnica,

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental: Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.

⁵ BASAGLIA, F. **As instituições da violência**. In: A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

⁶ BRODWIN, P. The Ethics of Ambivalence and the Practice of Constraint in US Psychiatry. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 38, n. 4, p. 527-549, 2014 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25223766>.

garantirão o sucesso de um cuidado mais humanizado e efetivo à população.

O internamento

Michel Foucault⁷, em sua obra *História da Loucura*, levanta fatos e propõe reflexões que vão além da trajetória de reconhecimento dos transtornos mentais pela medicina, mostrando que durante séculos a sociedade preocupa-se em segregar os diferentes, sobretudo aqueles que não cabiam nos padrões morais de cada tempo. Assim, coube à moral definir os limites entre razão e loucura e o papel da medicina surge mais tarde, cabendo a ela triar e rotular.

A loucura, antes de ocupar a posição de isolamento e exclusão social, foi tida como positiva principalmente durante o período da Renascença, quando o pensamento crítico era manifestado muitas vezes na imagem do louco, que tornou personagem importante em muitas obras artísticas, literatura e teatro⁸. É, somente na Era Clássica Foucaultiana, que a loucura assume o papel de isolamento e marginalização. Exatamente em um momento de miséria, desencadeada por uma grave crise econômica na Europa, surge o sentido para a palavra internamento. As estruturas que foram ocupadas, previamente, pelos leprosos, deram lugar às casas de internamento, criadas para solucionar o problema da pobreza e da desordem das cidades, assim como para justificar a repressão a posturas opostas às crenças vigentes, à transgressão da moral e dos bons costumes da sociedade⁹.

A consciência médica da loucura surge no cenário das casas de internamento, onde os indivíduos que apresentavam alguma deficiência

⁷ FOUCAULT, M. *Op. Cit.*, 2017. 551 p.

⁸ *Idem.*

⁹ *Idem.*

mental se destacavam pela falta de enquadramento nas regras ¹⁰.

O final do Século XVIII e século XIX é marcado pelo surgimento dos asilos psiquiátricos e da necessidade de assistência à saúde mental. Pinel na França e Tuke na Inglaterra são os primeiros a soltar as correntes dos ditos furiosos e apostar no tratamento em instituições exclusivas para transtornos mentais. Antes disso, o indivíduo com transtorno mental não havia sido tratado, mas isolado e exposto a todos os tipos de abusos¹¹. Apesar disso, esses tratamentos não deixam as correntes dos padrões morais, que continuam a ditar os rumos dos tratamentos.

No Brasil, a realidade do que significou a assistência psiquiátrica não foi diferente da Europa, exceto pelo fato de que no século XX, a cultura de assistência psiquiátrica ainda significava o descaso, a tortura, o trabalho escravo, o genocídio, um verdadeiro Holocausto, como assim se referiu Arbex¹², quando descreveu a atrocidade que significou a assistência psiquiátrica no Brasil, ao contar a história do maior hospital psiquiátrico do país, o de Barbacena, em Minas Gerais.

Semelhantes às internações psiquiátricas da era clássica na Europa, eram os motivos pelos quais mais de 70% das pessoas eram internadas no Colônia: questões morais, políticas, desavenças familiares, ou seja, nenhuma relação com transtornos psiquiátricos. A loucura se instalava ali, envolvida por um cenário de terror; era a segregação e marginalização dos diferentes e daqueles que contrariavam os interesses e os comportamentos de uma sociedade egoísta, patrimonialista, preconceituosa e moralista^{13,14}.

Foram mais de sessenta mil mortos no maior hospital psiquiátrico do Brasil, o qual desativou sua última cela em 1994, graças ao advento da

¹⁰ *Idem.*

¹¹ *Idem.*

¹² ARBEX, D. *Op. Cit.*, 2013. 255 p.

¹³ FOUCAULT, M. *Op. Cit.*, 2017. 551 p.

¹⁴ ARBEX, D. *Op. Cit.*, 2013. 255 p.

Reforma Psiquiátrica, que ganhou força na década de 1980¹⁵. A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi uma conquista de profissionais de saúde e intelectuais, culminando com a aprovação da lei 10216 em 2001, proibindo a institucionalização de pacientes psiquiátricos, salvo exceções, e criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), modelo substitutivo às internações hospitalares. A reforma resultou na diminuição brusca de leitos psiquiátricos e principalmente no significado da assistência em saúde mental no Brasil no século XX¹⁶.

A legislação brasileira, vigente, distingue três tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária, involuntária e compulsória. A primeira se refere à internação com o consentimento do paciente; a internação involuntária não tem o consentimento do paciente e é solicitada por terceiros e a compulsória diz-se da internação determinada pelo judiciário¹⁷.

O método

Esse é um artigo de revisão de literatura, que está inserido dentro de um estudo maior acerca da investigação de âmbito moral/bioético no cuidado de pacientes com saúde mental.

Crítérios de inclusão e exclusão de estudos

Foram incluídos estudos que fazem uma análise das práticas não voluntárias em saúde mental tendo como ângulo de visão as teorias da bioética e estudos originais que avaliam de maneira qualitativa essas mesmas práticas. Os demais critérios de inclusão, foram artigos advindos

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ ¹⁶ BRASIL. *Op. Cit.*, 2004. 340p.

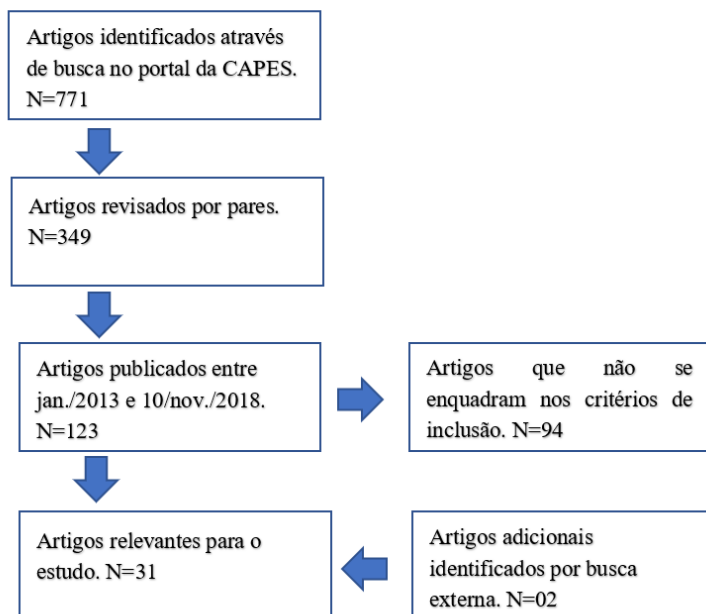
¹⁷ *Idem.*

de periódicos revisados por pares, com data de publicação entre janeiro de 2013 e 10 de novembro de 2018, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que não analisam a assistência em saúde mental nas teorias da Bioética ou não constituem artigos originais com análise qualitativa das práticas exercidas em saúde mental.

Estratégia de busca de artigos

As palavras-chave consultadas no DECS (decs.bvs.br): bioética e psiquiatria, bioética e internação involuntária, *bioethics and psychiatry and involuntary treatment, psychiatric*, foram utilizadas para a realização de pesquisa bibliográfica no portal de periódicos da CAPES (Vide figura1).

Figura 1. Processo de busca de artigos.



Fonte: dados da pesquisa.

Além desses artigos, a fim de promover uma maior imersão no

tema proposto, foram incorporadas ao resultado os livros História da Loucura (Foucault, 2017), Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013) e, Bioética para Profissionais de Saúde (Rego, Palácios e Siqueira-Batista, 2014), além de leis e portarias que subsidiam a assistência psiquiátrica no Brasil.

Resultados

Os resultados serão apresentados seguindo as seções abaixo. Os artigos revisados despontam com os assuntos relacionados à coerção, ao respeito à autonomia e ao paternalismo das políticas de saúde mental.

Coerção

Diante da história do maior hospital psiquiátrico do Brasil, compreende-se a tragédia que pode significar o desrespeito aos princípios de justiça, autonomia, beneficência e não maleficência, o que mostra o desrespeito à dignidade humana, que significaram as internações involuntárias durante décadas no país ¹⁸. A partir da promulgação da lei 10.216 no Brasil, há uma mudança no paradigma do cuidado em saúde mental, com maior valorização do cuidado na comunidade, buscando a reinserção e reabilitação psicossocial, o que levou a criação de outras normas reguladas por portarias que subsidiaram tais mudanças. Estudos mostram que realidade semelhante ocorreu em outros países como Estados Unidos, China e países europeus como Noruega, Suécia, Suíça,

¹⁸ LEWIS, O.; CAMPBELL, A. Violence and abuse against people with disabilities: A comparison of the approaches of the European Court of Human Rights and the United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 53, p. 45-58, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28689626>.

Alemanha, dentre outros ^{19,20,21}.

A despeito das leis se adaptarem a uma nova realidade valorizando a humanização e o respeito à dignidade humana, a prática em saúde mental, sobretudo quando se refere à pacientes com quadros graves, gera situações ambivalentes. Frequentemente medidas coercitivas são utilizadas, como contenção física, internações involuntárias, ordens de tratamento comunitárias (CTO's – modelo que vigora em alguns países), além das coerções informais. Tais medidas frequentemente trazem desconforto aos profissionais de saúde ao mesmo tempo em que as veem como necessárias ^{22,23,24}.

De acordo com o Dicionário Online de Português²⁵ entende-se por coerção a “ação de coagir, de forçar alguém a fazer alguma coisa, repressão.” Há a distinção de três tipos de coerção quando se refere à assistência psiquiátrica: Coerção formal, informal e percebida como pode ser observado nos achados dos artigos encontrados^{26,27}.

¹⁹ BRASIL. *Op. Cit.*, 2004. 340p.

²⁰ THE CONVENTION on the rights of persons with disabilities and the treatment of institutionalized forensic patients. **Proceedings of the Annual Meeting-American Society of International Law**, v. 109, n. 75, p. 1-95, 2015. Available from: <https://www.asil.org/resources/annual-meeting-proceedings>

²¹ WILDEMAN, S. Protecting rights and building capacities: Challenges to global mental health policy in light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, [S.I.], v.1, n.1, p. 48-73, Spring. 2013 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581657>

^{22 22} BRODWIN, P. *Op. Cit.*, 2014.

²³ VALENTI, E. *et al.* Informal coercion in psychiatry: A focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, [S.I.], v.58, n. 8, p.1297-1308, Fev. 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25720809/>.

²⁴ HEM, M.; MOLEWIJK, B.; PEDERSEN, R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personnel in mental health care. **BMC Medical Ethics**, [S.I.], v.15, n.82, Dec. 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25475895>.

²⁵ Dicionário Online de Português. Acessado 2019 Ago. 09. Disponível em: www.dicio.com.br/aurelio-2/.

²⁶ OPSAL, A. *et al.* Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 656-696, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27846878>.

²⁷ HEM, M. *et al.* The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus

A coerção percebida se refere à percepção do paciente com relação às terapêuticas. Apesar de um paciente passar por um processo de internação voluntária, ele pode de forma subjetiva sentir-se forçado a realizar o tratamento²⁸. A coerção formal, na maioria dos países, como regra, envolve a judicialização e, portanto, utiliza critérios legais para execução de tratamentos involuntários. A coerção informal refere-se ao uso de ameaças e mecanismos de persuasão aproveitando a desvantagem do paciente com relação principalmente aos profissionais²⁹. Um estudo de grupo focal realizado em dez países de regiões socioculturais distintas mostra que apesar dos profissionais se sentirem desconfortáveis com a coerção informal, eles a consideram necessária e eficaz para proteção de si e da comunidade³⁰.

Outro estudo sobre a coerção percebida, objetivando determinar como os pacientes expostos à internação involuntária percebem a coerção em relação àqueles que se internam voluntariamente, mostra que ambos percebem a coerção de maneira semelhante. Os primeiros por pressão interna e os últimos por meios judiciais. Homens jovens e dependentes químicos estão associados ao maior nível de coerção percebida³¹.

Observa-se que as internações involuntárias são utilizadas com o fim de controlar os riscos que os pacientes psiquiátricos significam para si ou aqueles a que sujeitam os outros, uma vez que as leis da maioria dos países colocam essa condição para a medida involuntária. No entanto, a eficácia na diminuição dos sintomas psiquiátricos não é tão significativa e não traz benefícios sociais, haja vista que aumenta o estigma e a

group study among health care professionals. **BMC Medical Ethics**, v. 19, n. 54, 2018. Available from: <https://bmcmmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0297-y>

²⁸ OPSAL, A. *et al. Ibid.*, 2016.

²⁹ HEM, M. *et al. Ibid.*, v.19,n.54,, 2018.

³⁰ VALENTI, E. *et al., Ibid.*, v.58, n. 8, p.1297-1308.

³¹ OPSAL, A. *et al. Ibid.*, 2016.

cronicidade dos transtornos psiquiátricos^{32,33}.

Entendendo as internações involuntárias como pouco terapêuticas, a coerção se estende em alguns países; a exemplo dos Estados Unidos e da Noruega, para a assistência comunitária, através das ordens de tratamento da comunidade (CTO's). Esse modelo se aplica a pacientes psiquiátricos diagnosticados com transtornos mentais graves, que podem envolver situações de risco quando não tratados, e não aderem aos tratamentos propostos levando a internações involuntárias frequentes^{34,35,36}.

As CTO's condicionam o indivíduo ao controle rígido dos serviços de saúde mental na comunidade, e as internações involuntárias são facilitadas pelo programa caso o indivíduo não aceite os tratamentos^{37,38,39}. Nesse modelo de atenção pode-se observar a concretização do que afligia o Basaglia, pensador da Reforma Psiquiátrica: que a institucionalização dê lugar a modelos similares, sem opção de escolha aos usuários que sofrem de transtorno mental grave e provocando

³² GIACCO, D.; PRIEBE, S.; ABE, T. Suicidality and Hostility following Involuntary Hospital Treatment. **PLoS ONE**, [S.I.], v.11, n.5, [e0154458], Mai. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865189/>

³³ NAWKA, A. *et al.* Gender differences in coerced patients with schizophrenia. **BMC Psychiatry**, [S.I.], v.13, n.257, Oct. 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118928>.

³⁴ STUEN, H. *et al.* Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. **BMC Health Services Research**, [S. I.], v.15, n.409, Set. /Out. 2015. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-1083-x>.

³⁵ PLAYER, C. Involuntary outpatient commitment: The limits of prevention. **Stanford Law & Policy Review**, v. 26, n. 159, p. 159-238, 2015. Available from: <https://law.stanford.edu/publications/involuntary-outpatient-commitment-the-limits-of-prevention/>.

³⁶ LAWN, S. *et al.* (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and mental health workers' experiences of community treatment orders. **BMC Psychiatry**, [S.I.], v.15, n.274, p.2-17, Nov. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4635603/>.

³⁷ STUEN, H. *et al.*, *Ibid.*, v.15, n.409

³⁸ PLAYER, C. *Ibid.*, v.26, n. 159, p. 159-238.

³⁹ LAWN, S. *et al.* *Ibid.*, 2015.

a mesma opressão dos hospitais psiquiátricos⁴⁰

O Respeito à Autonomia

O respeito à autonomia do usuário do serviços de saúde mental é frequentemente questionado. Ainda hoje, é um grande desafio ético. Pacientes com transtornos psiquiátricos graves, quando afetados por crise que coloque em risco a sua integridade ou a de terceiros, na maioria dos países têm a violação da sua autonomia justificada, em detrimento da proteção com medidas coercitivas, sendo elas vistas como última saída ao tratamento do paciente ^{41,42,43}.

O filósofo norte-americano Feinberg⁴⁴ descreve a autonomia como capacidade de decidir sobre si mesmo, independência na tomada de decisão adequada às circunstâncias. Infere que essa aptidão para tomada de decisão racional não implica necessariamente na condição de autogoverno, uma vez que em condições de maior vulnerabilidade é comum que a autonomia do indivíduo seja afetada.

O respeito à autonomia é um dos princípios da corrente Bioética denominada Principlismo, adjunto à justiça, beneficência e não maleficência⁴⁵. Frequentemente, na assistência à saúde mental, a autonomia e a justiça são afetadas pelo compromisso com a beneficência

⁴⁰ BASAGLIA, F. *Op. Cit.*, 1985.

⁴¹ SJÖSTRAND, M. *et al.* Conceptions of decision-making capacity in psychiatry: Interviews with Swedish psychiatrists. **BMC Medical Ethics**, [S. I.], v.16, n.34, p.2-9, May. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25990948>.

⁴² SJÖSTRAND, M. *et al.* Ethical deliberations about involuntary treatment: Interviews with Swedish psychiatrists. **BMC Medical Ethics**, [S.I.], v.16, n.37, p.1-12, May. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26016885>.

⁴³ RUGKÅSA, J.; DAWSON, J.; BURNS, T. CTOs: What is the state of the evidence? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 12, p. 1867-71, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562319>.

⁴⁴ FEINBERG, J. **The Moral Limits of The Criminal law**. Vol. 3 - Harm to Self. New York: Oxford University Press, 1986. 420 p.

⁴⁵ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. 160 p.

e não maleficência²⁰.

Quando mencionamos os riscos de danos a si, devemos considerar a capacidade do paciente psiquiátrico de tomada de decisão. Um estudo realizado nos EUA com pacientes psiquiátricos graves e pacientes internados em hospitais por doenças somáticas, mostra que a capacidade de decisão dos pacientes psiquiátricos gravemente acometidos pelos seus transtornos é semelhante à de indivíduos internados por doenças somáticas. No entanto, as decisões desses últimos tendem a serem respeitadas ainda que insensatas, enquanto a decisão de pacientes psiquiátricos a não adesão a tratamentos sugeridos, leva frequentemente às medidas coercitivas, independente do conteúdo da decisão⁴⁶.

Certamente, transtornos psiquiátricos graves não tratados podem afetar o comportamento de um indivíduo; no entanto é necessário ter a consciência de que alguns transtornos graves acometem os indivíduos em idades em que eles já têm uma personalidade formada inserida em uma moralidade particular. Diante disso, é importante considerar fatores sociais, culturais, ambientais, dentre outros, em um ato violento cometido por paciente psiquiátrico. O fato de sofrer de um transtorno mental não nega a responsabilidade moral do indivíduo. Um sintoma psiquiátrico que compromete o juízo crítico do indivíduo deve ser considerado⁴⁷.

Além das questões clínicas psiquiátricas que envolvem as decisões sobre a autonomia, consideram-se ainda os fatores culturais. A cultura médica confucionista da China, por exemplo, levanta questões éticas singulares com relação aos pacientes psiquiátricos. Sendo essa caracterizada pelo grande envolvimento das famílias no cuidado de seus membros, não havendo uma autonomia individual, mas familiar. As

⁴⁶ SJÖSTRAND, M. *et al.*, *Op. Cit.*, 2015.

⁴⁷ KING, M.; MAY, J. Moral Responsibility and Mental Illness: A Call for Nuance. *Neuroethics*, v. 11, n. 1, p. 11-22, 2018. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2017-45195-001>.

decisões médicas culturalmente são envolvidas pela família. A mudança de direcionamento com novas leis em 2013, havendo maior valorização da autonomia do paciente, leva profissionais da saúde mental a se adaptar a lei através de transgressões dela, induzindo familiares a provocar ambientes de riscos a fim de justificar internações involuntárias⁴⁸.

Diversas posturas são tomadas de acordo com culturas diferentes. Algumas culturas consideram as decisões médicas acima da moralidade dos pacientes. Há uma tendência, desde a segunda guerra mundial, a seguir uma linha de atenção à saúde mental com maior valorização da autonomia e inserção do indivíduo na comunidade⁴⁹.

Em 2008 entrou em vigor em mais de 150 países signatários da ONU a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (CDPD), que, dentre outras disposições, defende a não discriminação das pessoas com transtorno mental, afirmando que nenhuma lei pode abonar medidas involuntárias ou desumanas justificadas por uma deficiência; todas as leis devem ser comuns. A pessoa afetada pelo transtorno mental deve ser apoiada em sua tomada de decisão, nenhuma lei deve permitir que alguém tome para si o direito de decidir pelos interesses dos outros. As leis devem ser adaptadas para não discriminar, atendendo a todos de forma geral. Por exemplo, se um paciente psiquiátrico cometer um ato criminoso deve responder às leis de todos, do mesmo modo que uma

⁴⁸ FAN, R.; WANG, M. Taking the Role of the Family Seriously in Treating Chinese Psychiatric Patients: A Confucian Familist Review of China's First Mental Health Act. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 40, n. 4, p. 387-99, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26049082>.

⁴⁹ KATHRYN, L.H. Family Life and Social Medicine: Discourses and Discontents Surrounding Puebla's Psychiatric Care. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 1-41, 2017. Available from: <https://europepmc.org/abstract/med/28577111>.

pessoa sem relato de transtorno mental ^{50,51}.

A Convenção foi incorporada às leis do Brasil, em 2008. Um estudo americano sobre o impacto da CDPD na assistência psiquiátrica norte-americana mostra que a efetivação da convenção na prática ainda será um grande desafio⁵². É importante que no Brasil surjam estudos que mostrem a validade da lei na prática e seu impacto na assistência psiquiátrica⁵³.

O Paternalismo e a Bioética da Proteção

A loucura é isolada das mazelas sociais no século XVIII, e aqueles que sofriam de transtornos mentais, nesse momento, eram tratados dentro de uma ótica burguesa moral e social, sob uma postura de autoridade. Segundo Foucault (p.485)² “o asilo manterá o insensato na ficção imperativa da família; o louco continuará menor, e durante muito tempo a razão conservará para ele os traços do pai”.

Essa postura no cuidado em saúde mental se estende ainda no surgimento da figura do médico nos asilos psiquiátricos, no final do século XVIII, e caminha até dias muito próximos refletindo ainda em posturas de cuidado dos profissionais de saúde do século XXI, a exemplo da coerção informal, descrita por artigos atuais ^{54,55,56}.

⁵⁰ SLOBOGIN, C. Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: The impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the insanity defense, civil commitment, and competency law. **Law and Psychology Review**, v. 40, n. 1, p. 36-42, 2016. Available from: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-477086202/eliminating-mental-disability-as-a-legal-criterion>.

⁵¹ DOUZENIS, A.; MICHPOULOS, I. Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 39, p. 31-35, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25660351>.

⁵² SJÖSTRAND, M. *et al. Op. Cit.*, 2015.

⁵³ BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. 4. Ed. rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

⁵⁴ FOUCAULT, M. *Op. Cit.*, 2017. 551 p.

⁵⁵ PLAYER, C. *Op. Cit.*, v.26, n. 159, p. 159-238.

⁵⁶ PELTO-PIRI *et al.* Paternalism, autonomy and reciprocity: Ethical perspectives in

O conceito de paternalismo denota impor ao outro o que se acredita ser o melhor para ele, colocando em segundo plano as vontades e preferências dessa pessoa. Há a distinção entre o paternalismo rígido e o paternalismo brando, sendo o primeiro referente aos atos exercidos sobre o indivíduo com a capacidade de tomada de decisão íntegra independente do seu consentimento; como exemplo do paternalismo rígido, podemos citar a medida de saúde pública que levou à obrigatoriedade da vacina contra varíola no início do Século XX no Rio de Janeiro. Quanto ao paternalismo brando, compreende as decisões sobre a vida do outro que apresenta a capacidade de tomada de decisão comprometida, como exemplo podemos citar o ato de decidir por pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência cognitiva⁵⁷.

Um estudo qualitativo realizado na Suécia em onze clínicas psiquiátricas, concluiu que o paternalismo aparenta ter uma perspectiva dominante nos 173 profissionais participantes do estudo, ainda que reconheçam o direito à autonomia do paciente⁵⁸.

Pacientes com transtornos mentais graves com maior frequência estão susceptíveis a medidas paternalistas, que são o princípio de muitas condutas de escolha involuntária. A associação do paciente psiquiátrico grave à violência justifica o paternalismo de forma legal ^{59, 60, 61}.

No início do século XXI dois autores latino-americanos, Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, pensaram a Bioética da proteção, corrente bioética que propõe o empoderamento e a valorização da autonomia de populações vulneradas, fugindo, consequentemente, do

encounters with patients in psychiatric in-patient care. **BMC Medical Ethics**, v. 14, n. 39, p. 1-8, 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24314345>. Cited 2018 Nov 10.

⁵⁷ PLAYER, C. *Ibid.*, v.26, n. 159, p. 159-238.

⁵⁸ ARBEX, D. *Op. Cit.*, 2013. 255 p.

⁵⁹ RUGKASA, J.; DAWSON, J.; BURNS, T. CTOs: *Op. Cit.*, 2014.

⁶⁰ SLOBOGIN, C. *Op. Cit.*, 2016.

⁶¹ ⁶¹ PELTO-PIRI *et al. Ibid.*, 2013.

paternalismo^{62,63,64}, analisando de maneira racional, imparcial e justa circunstâncias que envolvem conflitos morais na saúde pública e em experiências científicas e questionando as práticas sanitárias em proteção aos indivíduos e coletividades expostos a condições desfavoráveis⁶⁵. O princípio de proteção não se reduz à beneficência dos atos, mas das necessidades e decisões do indivíduo sobre o que, para ele, é benéfico. ³³Assim, a Bioética se dispõe a analisar aspectos morais relacionados com a relação do homem com o seu habitat, refletindo na tomada de decisão posterior. Na visão de Rego et al (p.60) a proteção nesse sentido não remete a uma figura paternal, mas “*contribuir para emancipação de sujeitos e coletividades*”, proporcionar ao indivíduo condições para tomada de decisão autônoma justa, considerando as desvantagens sociais, culturais e econômicas (que o coloca em condição de vulnerado)^{66,67,68}.

Em 2006 a ONU propôs aos países signatários a Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), que valoriza a autonomia, a dignidade da pessoa humana, a inclusão e participação social, a igualdade de direitos. Para tal, dispõe que as pessoas com deficiência sejam apoiadas em suas decisões autônomas, que não possam essas ser tomadas por terceiros^{69,70}.

A CDPD é uma medida protetiva que se estende às pessoas que sofrem de transtornos mentais. Outra ação protetiva é o ACT

⁶² REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, *Op. Cit.*, 2020. 160 p.

⁶³ SCHRAMM, F. R. A Bioética de Proteção: uma ferramenta para avaliação das práticas sanitárias? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1531-38, 2017. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n5/1531-1538/pt/>

⁶⁴ SCHRAMM, F.R.; KOTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 4, p. 949-56, 2001. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2001.v17n4/949-956/>

⁶⁵ SCHRAMM, F.R. A, *Ibid.*

⁶⁶ REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. *Ibid.*

⁶⁷ SCHRAMM, F.R. *Op. Cit.*, 2017.

⁶⁸ SCHRAMM, F.R.; KOTOW, M. *Ibid.*

⁶⁹ THE CONVENTION, *Op. Cit.*, 2015.

⁷⁰ SLOBOGIN, C. *Op. Cit.*, 2016.

(Tratamento Comunitário Assertivo), implantado em alguns países, a exemplo os EUA e a Noruega⁷¹.

O ACT foi criado para apoiar os pacientes psiquiátricos graves que não se adaptam aos tratamentos propostos, com o intuito de diminuir internações involuntárias. Equipes multiprofissionais apoiam os pacientes em questões sociais, econômicas, tratamento e no que for necessário. Desta forma, criam relações de cooperação, adesão aos tratamentos e engajamento social⁷².

No Brasil, os Centros de atenção psicossocial (CAPS), também apresentam uma proposta protetiva ao indivíduo afetado por transtornos mentais graves. Os CAPS foram propostos em 2001 pela Lei 10.216 como substitutivo às institucionalizações, oferecendo uma equipe multiprofissional que objetiva apoiar o indivíduo e promover a reabilitação psicossocial e reinserção sociocultural⁷³.

Discussão

Posturas coercitivas, sobretudo na comunidade podem significar um paternalismo rígido, uma vez que esse indivíduo pode ter a capacidade de tomada de decisão íntegra, significando maior transgressão do direito de autonomia e o colocando em maior condição de vulnerado^{74,75,76}

A coerção, seja ela formal ou informal, costuma pertencer a culturas de cuidado paternalistas, onde o respeito à autonomia do indivíduo é sacrificado em função da intenção de proteção do indivíduo e da comunidade. Um estudo realizado pelo Centro de Ética Médica da

⁷¹ STUEN, H. *et al.*, *Op. Cit.*, 2015.

⁷² *Idem.*

⁷³ BRASIL. *Op. Cit.*, 2004. 340p.

⁷⁴ HEM, M. *et al.*, *Op. Cit.*, 2018.

⁷⁵ GIACCO, D.; PRIEBE, S.; ABE, T. *Op. Cit.*, 2016.

⁷⁶ LAWN, S. *et al.* *Op. Cit.*, 2015.

Universidade de Oslo mostra que grupos de reflexão ética dentro dos serviços de saúde mental, podem contribuir para maior cooperação, humanização e construção de uma nova cultura profissional na assistência à saúde mental⁷⁷.

Outro estudo questiona a postura ambivalente dos profissionais e das políticas de saúde nos EUA, com um modelo de cuidado psiquiátrico que utiliza medidas de adesão involuntária aos tratamentos na comunidade, CTO's (Ordens de Tratamento na Comunidade), onde pacientes com transtornos graves e internações involuntárias frequentes são obrigados a realizar o tratamento ambulatorial, pressionados pelo risco de internações involuntárias⁷⁸. A ambivalência se justifica no caráter paternalista de um modelo de tratamento em tempos de grande valorização do direito de autonomia do indivíduo, inclusive considerando a adesão da maioria dos países à Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência⁷⁹, ao mesmo tempo em que a ausência de liberdade do indivíduo, na comunidade, simula o ambiente institucional.⁸⁰

A validade Bio(ética) das CTO's é questionável em maior amplitude que as internações involuntárias, porque estas últimas geralmente ocorrem em condições de total descontrole do paciente, enquanto as primeiras o paciente ainda que tenha um transtorno mental grave, pode encontrar-se com o juízo crítico íntegro, logo sua capacidade de tomada de decisão encontra-se mantida. Porém, isso não significa que o indivíduo queira aderir a tratamentos que muitas vezes têm efeitos colaterais diversos (ganho de peso, disfunção sexual, sedação), ou esteja cansado de anos de métodos de atenção repetitivos. Posturas semelhantes são vivenciadas por usuários da atenção básica que sofrem de doenças

⁷⁷ HEM, M. *et al.*, *Op. Cit.*, 2018

⁷⁸ SJÖSTRAND, M. *et al.* *Op. Cit.*, 2015

⁷⁹ BRODWIN, P. *Op. Cit.*, 2014

⁸⁰ BASAGLIA, F. *Op.Cit.*, 1985.

crônicas, o que requer atenção dos profissionais de saúde, porém não resultam em medidas coercitivas.^{81,82,83}

A garantia à autonomia do paciente psiquiátrico é um grande desafio porque além da cultura, precisa-se considerar qual a capacidade moral do indivíduo. A postura de separar o indivíduo do comportamento é uma medida simplista, que justifica medidas involuntárias ao mesmo tempo em que nega a responsabilidade do paciente sobre a transgressão de normas cometidas, tudo justificado pelo fato de sofrer um transtorno mental^{84,85,86}.

Enquanto nega-se a responsabilidade do indivíduo sobre seus atos, independente da sua capacidade de tomada de decisão, e de sua capacidade moral, alimenta-se o estigma de que todo paciente psiquiátrico é potencialmente violento, ainda que autores mostrem que pacientes psiquiátricos historicamente sofrem mais abusos que cometem^{87,88}.

No entanto, a garantia da autonomia do indivíduo em um surto psicótico, por exemplo, não é tarefa fácil. Por isso a grande necessidade de serviços de assistência na comunidade eficientes na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na saúde mental. A eficiência dos serviços de saúde mental na comunidade pode diminuir a incidência de casos graves, logo, de medidas coercitivas⁸⁹.

É necessária, no Brasil, a iniciativa de estudos que avaliem o impacto dos CAPS no cuidado à saúde mental e na redução das internações involuntárias, bem como, a avaliação da eficiência das RAPS.

⁸¹ THE CONVENTION, *Op. Cit.*, 2015

⁸² LAWN, S. *et al.*, *Op. Cit.*, 2015

⁸³ RUGKASA, J.; DAWSON, J.; BURNS, T. *CTOs*, *Op. Cit.*, 2014

⁸⁴ KING, M.; MAY, J. *Op. Cit.*, 2018

⁸⁵ FAN, R.; WANG, M. *Op. Cit.*, 2015

⁸⁶ KATHRYN, L.H. *Op. Cit.*, 2017

⁸⁷ PLAYER, C. *Op. Cit.*, 2015

⁸⁸ SJÖSTRAND, M. *et al.* *Op. Cit.*, 2015. p.2-9,

⁸⁹ SJÖSTRAND, M. *et al.* *Op. Cit.*, 2015. p.1-12,

O aumento do número de internações involuntárias pode significar a deficiência da assistência na comunidade.

A política de saúde mental do SUS potencializa a autonomia da pessoa e garante a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do usuário que sofre de transtorno mental. A fusão das ferramentas da Bioética com a política de saúde mental brasileira pode garantir a moralidade dessa política. Uma proposta para tal, seria a construção de um modelo sistemático de matriciamento em saúde mental, resgatando como base as ferramentas da Bioética no contexto da política de saúde mental. O conceito de matriciamento, no Brasil, diz-se de uma assistência à saúde mental conjunta entre os serviços específicos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a atenção básica, estruturando modelos horizontais de assistência ao usuário de saúde mental, com estratégias definidas por equipes multidisciplinares e intersetoriais, distanciando de modelos hierárquicos⁹⁰.

A Bioética, nesse contexto, tem o papel fundamental na construção das políticas de saúde mental, assim como na garantia da efetividade dessas políticas. Dessa maneira, faz-se necessário que os estudiosos enxerguem a saúde mental como um campo de ampla discussão em Bioética, bem como, percebam a contribuição das teorias e ferramentas da Bioética na assistência em saúde mental: contribuindo para a construção de políticas, avaliação e efetivação de práticas em saúde mental, influenciando a tomada de decisão (frequentemente complexa) e contribuindo para a qualidade da assistência em saúde mental.^{91,92}

⁹⁰ CHIAVERNI, D. H. *et al.* (2011). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

⁹¹ SCHRAMM, F.R. *Op. Cit.*, 2017, p.1531-38

⁹² SCHRAMM, F.R.; KOTOW, M. *Op. Cit.*, 2001, p.949-56.

Conclusão

Modelos de atenção baseados na internação hospitalar mostram historicamente que têm pouco efeito terapêutico, aumentam a estigmatização, promovem a supressão de direitos civis e a cronificação dos transtornos, mostrando que a institucionalização somente encobriu abusos à dignidade da pessoa humana.

O histórico de tratamentos de caráter questionável no cuidado em saúde mental explica, ainda hoje, a dificuldade de adesão aos tratamentos pelos pacientes, tendo como consequência medidas coercitivas como contenção física, internações involuntárias, tratamentos ambulatoriais involuntários, além da coerção informal. Essas medidas sofrem a herança de uma cultura paternalista, patriarcal e de exercício de poder e mostra a deficiência de serviços comunitários.

O paternalismo é justificado ainda hoje pela relação vista entre paciente psiquiátrico e atos violentos de modo a assegurar que a condição do sujeito não traga risco a si e à comunidade. Tratam-se, portanto, de medidas utilitaristas que colocam o bem da maioria acima da qualidade de vida do sujeito. Os direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana devem ser protagonistas de modelos de cuidado em saúde mental, em detrimento da garantia de segurança de terceiros.

A Bioética da Proteção pode ser utilizada como um antídoto ao paternalismo dando condições ao indivíduo afetado por um transtorno mental grave à autonomia através de modelos de atenção que dão suporte à tomada de decisão do sujeito, bem como da avaliação e garantia da efetividade dessas políticas.

ABORTO: A QUEM CABE A DECISÃO?

Débora Fernandes Pessoa Madeira*
Gláucio Inácio da Silva*

Introdução

1. O presente estudo possui o objetivo de contribuir para o debate acerca do tratamento legislativo dispensado ao aborto, nas perspectivas *de lege lata* e *de lege ferenda*.

2. Movido por esse objetivo, o texto organiza-se em duas partes.

Na primeira, procura, inicialmente, identificar as características do antagonismo que reúne, em torno do aborto, duas correntes de pensamento inconciliáveis. Na sequência, examina os limites da influência que pode ser exercida sobre o direito pelas convicções morais sustentadas por cada corrente, apartando, para proceder a esse exame, as figuras do legislador e a do juiz. Por derradeiro, tenta descrever o contexto normativo vigente no direito brasileiro.

Na segunda, partindo da premissa de que a inserção de valores morais no campo do direito deve dar-se pela via legislativa, e não pela via jurisdicional, propõe reflexões a serem consideradas na hipótese de eventual reforma do ordenamento jurídico. Tais reflexões concentram-se em três pontos fundamentais: o direito de escolher entre ser ou não ser mãe; o direito sobre o próprio corpo, em confronto com as limitações impostas ao corpo feminino em virtude de sua capacidade de gestar; e, por derradeiro, os direitos do nascituro em conflito com os direitos da gestante.

* Gláucio Inácio da Silva redigiu os itens 1 e 2; Débora Fernandes Pessoa Madeira, os itens 3 e 4; ambos participaram da estruturação e revisão do texto.

Aborto: os limites da influência da moral sobre o direito e a disciplina jurídica do tema

3. O debate em torno do aborto envolve, fundamentalmente, duas posições: a daqueles que defendem a liberdade de escolha da mulher e a daqueles que defendem a vida do nascituro. Tem-se, desse modo, a *corrente pró-escolha* e a *corrente antiaborto*.¹

A batalha entre as correntes caracteriza-se pela *perenidade*, o que se percebe pelo escorço histórico realizado por Nélson Hungria. Iniciando pelos hebreus e passando pelos gregos e romanos, Nélson Hungria demonstra que se sucederam fases de aceitação e fases de reprovação do aborto. Apenas com o cristianismo, ter-se-ia fortalecido a tendência de reprovação social do aborto. Entretanto, mesmo entre os pensadores católicos, a questão não havia se tornado pacífica.² Assim, na Idade Média, Santo Agostinho, regressando ao pensamento de Aristóteles, defendia que o aborto somente constituiria crime após a incorporação da alma pelo feto, “[...] o que se julgava ocorrer 40 ou 80 dias após a concepção, segundo se tratasse de varão ou de mulher”.³ O embate prosseguiu, chegando à contemporaneidade. Se muitos Estados vieram a utilizar o direito penal para combater o aborto, alguns optaram, em certos momentos, por descriminalizar a conduta. É o que se verifica no Código Penal Soviético de 1926. Ainda que punisse o aborto, considerava lícita a conduta da gestante que consentisse em sua prática, desde que ele fosse realizado por profissional habilitado e em condições sanitárias adequadas. De modo similar, o Código Uruguaio de 1933 somente punia o aborto

¹ DWORKIN, R. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009. p. 3. Ferrater Mora J; Cohn P. **Ética aplicada: del aborto a la violencia**. Madrid: Alianza Editorial, 1981. *passim*.

² HUNGRIA, N.; FRAGOSO, H. C. **Comentários ao Código Penal**. Volume 5. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979. p. 269-271.

³ *Ibidem*, p. 272.

não consentido. Esses diplomas vieram a ser revogados, mas a corrente pró-escolha prosseguiu na batalha.⁴

Contribuindo para o delineamento desse quadro, Ronald Dworkin registra que, ao lado dos Estados que, na contemporaneidade, criminalizam o aborto em todas as fases da gestação, existem aqueles que adotaram leis mais liberais, como Alemanha, Itália, Espanha e Grã-Bretanha.⁵ É o caso também dos Estados Unidos que, por decisão da Suprema Corte, no *Caso Roe v. Wade*, fixou o entendimento de que “qualquer lei estadual que proibisse o aborto para proteger o feto nos dois primeiros trimestres de gravidez – antes do sétimo mês – era inconstitucional”.⁶ Em todos esses casos, porém, a corrente antiaborto manteve sua articulação, com o objetivo de reverter o entendimento liberalizante consagrado pela ordem jurídica ou pela jurisprudência.⁷

Além da perenidade, a batalha entre as correntes pró-escolha e antiaborto ainda possui outra característica digna de nota. *Trata-se de batalha travada em dois campos distintos*: o da moral e o do direito.

4. No campo da moral, a apontada perenidade da disputa entre as duas correntes é um indicativo de que, nas sociedades de diversas épocas, o debate sobre o aborto tem representado um *desacordo moral*. Afinal, a disputa se trava entre dois grupos que se baseiam em argumentos dotados de racionalidade, além de cada um dos grupos mover-se pela firme convicção de que age na defesa da posição correta e justa.⁸

Por outro lado, do ponto de vista individual, considerando-se, portanto, a gestante (ou, sendo incapaz, seu representante), o médico, o

⁴ *Ibidem*, p. 273-285.

⁵ DWORKIN, R. *Op. cit.*, 2009. p. 3-5.

⁶ *Ibidem*, p. 7.

⁷ *Ibidem*, p. 3-12.

⁸ JOSÉ FERRER, J.; CARLOS ÁLVAREZ, J. **Para fundamentar a bioética: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea**. São Paulo: Edições Loyola, 2005. p. 92.

legislador e o juiz, cada uma dessas pessoas, a depender de suas convicções, poderá deparar com um *conflito (ou dilema) moral*, quando se exija dela uma resposta para a questão da admissibilidade ou inadmissibilidade do aborto. Se o conjunto de convicções pessoais gerar a perplexidade característica do conflito moral, o sujeito moral possui a sua disposição as *teorias éticas*, que lhe podem auxiliar na busca de uma solução racional para o conflito, ainda que tais teorias sejam incapazes de conduzir a uma solução inteiramente livre de dúvidas.⁹

Olhando agora, especificamente, para a figura do legislador e do juiz, é preciso saber se essa *deliberação moral*, guiada ou não pelas teorias éticas, pode exercer alguma influência no campo do direito.

Quanto ao legislador, a resposta não envolve dificuldade. Naqueles temas que interessam simultaneamente à moral e ao direito, o legislador é justamente o canal adequado para a positivação, isto é, para a introdução no ordenamento jurídico, dos valores morais que considere dignos de proteção, revestindo-lhes da imperatividade própria da norma jurídica. Alguns legisladores terão, diante de certas propostas, convicções morais tão firmes, que sequer estarão diante de um conflito moral. Para outros, porém, diante da mesma proposta, o conflito será inevitável. Assim, diante de eventual proposta legislativa que vise a descriminalizar o aborto, é possível que um legislador, guiado exclusivamente pela moral cristã, vote convicto pela respectiva rejeição. Fenômeno parecido, com resultado inverso, porém, ocorrerá com o legislador que defenda os ideais feministas. Já para outro grupo de legisladores, tal proposta pode causar perplexidade. Neste caso, socorram-se ou não das teorias éticas, eles precisarão posicionar-se, a despeito do conflito moral que lhes aflige. Entre estes últimos, haverá certamente os que votarão a favor da proposta,

⁹ *Ibidem*, p. 88-91.

solucionando o conflito moral pela adoção da corrente *pró-escolha*, assim como haverá aqueles que, na solução do conflito, adotarão a corrente antiaborto. Em qualquer desses casos, as únicas limitações que se podem impor ao legislador são aquelas que derivem da Constituição ou de tratados internacionais sobre direitos humanos que tenham sido incorporados à ordem jurídica interna. São, portanto, limitações impostas por escolhas feitas por um outro legislador, ao estabelecer normas de hierarquia superior. Respeitadas tais limitações, pode o legislador, portanto, promover a positivação de valores morais, o que representa a influência legítima de deliberações morais sobre o campo do direito.

E quanto ao juiz? Seria legítimo fundamentar suas decisões na moral? Embora não haja unanimidade, defende-se, neste ponto, a resposta negativa. É inquestionável a importância do juiz na atribuição de sentido aos textos normativos, ou seja, na revelação da norma jurídica. Afinal, essa norma, via de regra, não se anuncia pela simples literalidade do texto normativo. A despeito disso, a norma já se encontra no ordenamento jurídico, cabendo ao juiz revelá-la e dar-lhe concreção. Não pode o juiz substituir a solução ditada pela norma jurídica por uma solução diversa, inspirada em razões subjetivas que reflitam as convicções morais do julgador. Se agir desse modo, substituirá o próprio legislador, o que, em certa medida, sinaliza a inutilidade do papel desempenhado por este agente político. Se as escolhas do legislador se mostram legítimas, sendo compatíveis com a Constituição e com os tratados internacionais de direitos humanos, é arbitrária a atitude do juiz que afaste tais escolhas, substituindo-as pelas suas próprias. O juiz que age desse modo é, não raramente, aplaudido por certos setores da sociedade, que compartilham dos valores morais consagrados por sua decisão. Essa atitude, entretanto, diminui consideravelmente o grau de previsibilidade que se deveria esperar da atividade jurisdicional, criando um ambiente de marcante insegurança

jurídica. Assim, aqueles que aplaudem o comportamento descrito devem estar dispostos a suportar, mais cedo ou mais tarde, uma decisão judicial que, mais uma vez em descompasso com a ordem jurídica, consagre valores morais avessos à preferência do grupo. Como ensina Lenio Luiz Streck, não pode o juiz invocar a moral para corrigir o direito.¹⁰

Assim, a deliberação moral pode exercer influência sobre o campo do direito. Entretanto, essa influência deve permanecer restrita ao legislador. Não pode o juiz utilizar suas convicções morais para substituir, tampouco para supostamente corrigir a norma jurídica.

5. Qual é o tratamento dispensado ao aborto pelo *direito brasileiro vigente*?

A *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (CRFB), em seu art. 5.º, *caput*, seguindo a tradição das que lhe precederam, reconhece o direito fundamental à vida. Não lhe confere, porém, caráter absoluto, o que evidencia, ao permitir, ainda que a título excepcional, a pena de morte, nos casos de guerra declarada, conforme estabelece o inciso XLVII, alínea *a*, do mesmo art. 5.º. O texto constitucional não contém, contudo, qualquer previsão expressa acerca do aborto. José Afonso da Silva esclarece que, na Assembleia Nacional Constituinte, surgiram três tendências a respeito da matéria. A primeira defendia que a CRFB deveria assegurar o direito à vida desde a concepção, proibindo expressamente o aborto. A segunda, adotando posição oposta, permitia o aborto, defendendo que a condição de sujeito de direito somente se adquire no instante do nascimento com vida, razão por que o feto seria inseparável do corpo da mulher, cabendo exclusivamente a esta qualquer decisão. A terceira entendia que a CRFB deveria silenciar, deixando o constituinte de

¹⁰ STRECK, L. L. **Dicionário de hermenêutica: quarenta temas fundamentais da teoria do direito à luz da crítica hermenêutica do Direito**. Belo Horizonte: Letramento, 2017. p. 60.

emitir qualquer juízo favorável ou contrário ao aborto. Como mencionado, o texto constitucional silenciou. Isso, não significa, porém, que não se possa retirar da CRFB uma posição favorável ou contrária ao aborto. Tudo depende da extensão que se dê ao conceito de vida. Afinal, conquanto não tenha dito o que é a vida, a CRFB a assegurou como direito fundamental. Deixou, porém, aos cuidados do legislador infraconstitucional definir a extensão desse direito.¹¹

No plano infraconstitucional, o *Código Penal* (CP) optou pela criminalização do aborto, prevendo, nos arts. 124, 125 e 126, tipos penais incriminadores dos quais se extrai que o legislador reprova tanto a conduta da mulher que voluntariamente se submeta ao aborto, quanto a conduta daquele que lhe provoque o aborto. O legislador infraconstitucional optou, portanto, pela proteção da vida intrauterina, prestigiando a corrente antiaborto.¹² Todavia, a vedação não é absoluta, já que o Código estabelece, no art. 128, duas excludentes da ilicitude. A primeira corresponde ao aborto necessário, também conhecido como terapêutico, que é praticado com o objetivo de preservar a vida da gestante; a segunda, ao aborto sentimental, que é praticado com o objetivo de interromper a gravidez resultante de estupro. Deve-se notar, entretanto, que, conquanto criminalize a prática do aborto, o Código não define o que é aborto e, portanto, não estabelece a partir de que momento a interrupção da gravidez caracteriza esse crime, tampouco determina quais características o embrião ou o feto devem reunir para que se possa conferir-lhes a tutela jurídica. Tradicionalmente, essas questões vêm sendo resolvidas pela doutrina e pela jurisprudência. Essa indefinição, somada à evolução

¹¹ SILVA, J. A. **Comentário contextual à constituição**. 8. ed. São Paulo: Malheiros, 2012. p. 69.

¹² A tendência também se pode verificar em outros diplomas jurídicos. A esse propósito, citem-se o Código Civil, art. 2.º, e a Lei 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), art. 7.º.

científica, levou o Supremo Tribunal Federal (STF), nestas duas primeiras décadas do Século XXI, a estabelecer outras situações em que o aborto seria permitido, por falta de adequação típica.

Antes, porém, de esclarecer as teses consagradas por esses julgados, é preciso destacar, dando prosseguimento ao exame do ordenamento jurídico, o importante papel do Decreto 678/1992, que incorporou ao direito positivo brasileiro a *Convenção Americana sobre Direitos Humanos* (CADH). O STF fixou o entendimento de que os tratados internacionais de direitos humanos possuem posição hierárquica intermediária, colocando-se diretamente abaixo da CRFB e acima das leis ordinárias e complementares.¹³ Em outros termos, as normas previstas pela CADH possuem *status* infraconstitucional e supralegal.¹⁴ Assim, na hipótese de eventual antinomia entre a CADH e o CP, deverá prevalecer, pelo critério hierárquico, a norma estabelecida pelo primeiro diploma. É preciso examinar, portanto, se há compatibilidade entre a disciplina conferida ao aborto pelo CP e o Artigo 4.1 da CADH. Este dispositivo determina: “1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente”. Da literalidade desse texto normativo extrai-se que: (i) apesar do silêncio da CRFB, a CADH estende o direito à vida ao momento da concepção; (ii) a proteção do direito à vida a partir da concepção não é, contudo, absoluta, o que se extrai do emprego da locução “em geral”; (iii) é possível que se afaste a proteção ao embrião ou ao feto, desde que essa opção não se revele arbitrária.

¹³ Esta consideração aplica-se aos tratados mencionados pelo art. 5.º, § 2.º, da CRFB, mas não àqueles cuja aprovação tenha observado o procedimento do art. 5.º, § 3.º. Estes possuem posição hierárquica ainda mais destacada, sendo dotados de *status* constitucional.

¹⁴ Há diversos julgados neste sentido. Cite-se, por todos, o julgado proferido no HC 100.888, Relator: Ministro Ayres Britto, 1.ª Turma, J. 09.02.2010, DJe de 12.03.2010.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), ao apreciar o *Caso Artavia Murillo e outros (“fecundação in vitro”) v. Costa Rica*, fixou parâmetros para a interpretação do Artigo 4.1. O objeto do julgamento era a proibição da fertilização *in vitro*, que havia sido estabelecida pela Justiça da Costa Rica. Alegava-se que essa decisão representava ofensa a direitos humanos. O aborto não estava, portanto, no centro da controvérsia examinada. Não obstante, a interpretação conferida pela Corte IDH ao Artigo 4.1 da CADH, fixa parâmetros que podem ser aplicados também a este debate. Do parágrafo 264 da sentença, extrai-se a conclusão da Corte quanto à correta interpretação desse dispositivo. Observe-se:¹⁵

C.5) Conclusão da interpretação do artigo 4.1

264. A Corte utilizou os diversos métodos de interpretação, os quais levaram a resultados coincidentes no sentido de que o embrião não pode ser entendido como pessoa para efeitos do artigo 4.1 da Convenção Americana. Além disso, depois de uma análise das bases científicas disponíveis, a Corte concluiu que a “concepção”, no sentido do artigo 4.1, ocorre a partir do momento em que o embrião se implanta no útero, razão pela qual antes deste evento não procederia a aplicação do artigo 4 da Convenção. Além disso, é possível concluir das palavras “em geral” que a proteção do direito à vida em conformidade com esta disposição não é absoluta, mas é gradual e incremental segundo seu desenvolvimento, em razão de que não constitui um dever absoluto e incondicional, mas implica entender a procedência de exceções à regra geral.

Ainda que possa parecer uma tautologia, destaque-se que, à vista desse entendimento, as causas de exclusão da ilicitude consagradas pelo art. 128 do CP, respeitantes ao aborto terapêutico e ao aborto sentimental, revelam-se compatíveis com o Artigo 4.1 da CADH. Configuram, pois, hipóteses em que não se revela arbitrária a supressão da vida.

¹⁵ Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Sentença de 28 nov 2012**. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_por.pdf>. Acesso em: 08 nov 2020.

Como já foi destacado, o STF, em decisões relativamente recentes, estabeleceu *outras situações em que o aborto seria permitido*, segundo seu entendimento por falta de adequação típica. É o caso das decisões proferidas na ADPF 54¹⁶ e no HC 124.326.¹⁷

Ao julgar a ADPF 54, o STF “[...] declar[ou] a inconstitucionalidade da interpretação segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal [...]”. A decisão baseou-se na inviabilidade da vida extrauterina, na laicidade do Estado brasileiro e nos direitos fundamentais da gestante, entre os quais o direito à autodeterminação, o direito à saúde física e mental e o direito à liberdade, com seus reflexos no campo da orientação sexual e da reprodução.

Mais recentemente, no julgamento do HC 124.326/RJ, o STF foi além, afastando do âmbito de incidência dos arts. 124 a 126 do CP e, portanto, tornando atípica a conduta consistente na “[...] interrupção voluntária da gestação efetivada no primeiro trimestre”. Nos termos do voto condutor, proferido pelo Ministro Roberto Barroso, posteriormente robustecido pelo voto concorrente da Ministra Rosa Weber, os fundamentos da decisão residem nos direitos fundamentais da gestante, entre os quais os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à autonomia, o direito à integridade psico-física, o direito à igualdade (quer pela necessidade da equiparação plena entre os gêneros, quer pelo impacto que decorre da criminalização para as mulheres mais pobres). Fundamentou-se também no princípio da proporcionalidade, uma vez que a punição da interrupção voluntária da gravidez no primeiro trimestre representaria

¹⁶ Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54, Relator: Ministro Marco Aurélio, Pleno, J. 12.04.2012, DJe de 29.04.2013.

¹⁷ *Habeas Corpus* 124.306, Relator Ministro Marco Aurélio, Redator para o acórdão: Ministro Roberto Barroso, 1.ª Turma, J. 09.08.2016, DJe de 16.03.2017.

ofensa, simultaneamente, aos subprincípios da adequação, da necessidade e da proporcionalidade em sentido estrito.

Em ambos os casos, portanto, o STF entendeu que a supressão da vida não poderia ser considerada arbitrária e, por conseguinte, a interrupção da gravidez não representaria ofensa ao Artigo 4.1 da CADH.

Acerca do último julgado, duas observações se mostram relevantes. Em primeiro lugar, destaque-se que, ao contrário da ADPF, que constitui processo objetivo e possibilita decisões dotadas de eficácia *erga omnes* e efeito vinculante, o HC é ação individual, e somente produz efeitos para o caso examinado. Assim, não se encontra consolidado o entendimento do STF a respeito da questão julgada neste processo. Em segundo lugar, nota-se que, ao longo de todo o julgado, faz-se referência aos “arts. 124 a 126”, fórmula que, em sua literalidade, inclui o art. 125. Todavia, em razão dos fundamentos invocados, todos alinhados para prestigiar a escolha da mulher, não faz sentido a referência a este dispositivo, que tipifica a conduta de “Provocar aborto, sem o consentimento da gestante”. Ao que tudo indica, houve mero erro material na redação dos votos, embora tal erro se tenha repetido por onze (11) vezes nos votos de mais de um ministro. É razoável entender que o acórdão faz referência aos arts. 124 e 126 (e não 124 a 126). Todavia, caso o STF tenha, intencionalmente, pretendido tornar atípica, também em relação ao art. 125, a interrupção da gravidez, nesta hipótese estará caracterizada dupla arbitrariedade: primeiro, porque a supressão da vida seria autorizada de modo arbitrário, em violação ao Artigo 4.1 da CADH, já que a autorização não encontraria fundamento em argumentos razoáveis; segundo, porque a decisão representaria uma tentativa de afastar, arbitrariamente, a escolha feita pelo legislador, e a atuação dos magistrados estaria inspirada exclusivamente em suas convicções morais, sem sustentação em qualquer fundamento jurídico.

Em síntese, o ordenamento jurídico brasileiro expressamente prevê duas excludentes de ilicitude específicas para o aborto, ambas previstas no art. 128 e correspondentes ao aborto terapêutico e ao aborto sentimental. O STF, por sua vez, examinando o Código Penal sob as luzes da Constituição, enxergou, na ordem jurídica, hipóteses em que o aborto deveria ser admitido em razão da atipicidade das condutas: a primeira decorreria da opção da gestante pela interrupção da gravidez na hipótese de anencefalia; a segunda, da opção da gestante pela interrupção da gravidez dentro do primeiro trimestre.

É possível, todavia, que, respeitados os limites da Constituição e do Artigo 4.1 da CADH, o legislador venha a conferir nova disciplina à matéria.

A escolha de abortar deve ser da mulher? Pontos para subsidiar a discussão da matéria em sede legislativa

6. Como visto no tópico anterior, é em sede legislativa que há espaço para a discussão do desacordo moral presente no aborto. Tratar-se-á, desse modo, neste tópico, do dilema entre o direito da mulher em relação ao seu corpo e sobre a decisão da maternidade e, para tanto, serão feitas três abordagens: o direito de ser mãe e de não ser mãe; o direito sobre o próprio corpo e as limitações impostas ao corpo feminino em virtude de sua capacidade de gestar; os direitos do nascituro em conflito com os direitos da gestante.

7. A maternidade é construída na sociedade brasileira sob as bases do patriarcado, tendo como pano de fundo os ideais estabelecidos pelo conceito burguês de família. Desde a formação do Estado Moderno, nos países da Europa Ocidental e em todos os que foram influenciados por essa formação – inclusive o Brasil –, a concepção burguesa de família fixou um modo universal de viver em família em que homem e mulher

unem-se pelo casamento indissolúvel e procriam. Os membros dessa família burguesa eram regidos pelo chefe de família e acolhidos pela docilidade da mulher. Culturalmente, como efeito do patriarcado, estabeleceu-se uma divisão dos papéis dos homens e das mulheres, e essa divisão foi determinante para a concepção de maternidade outrora definida e que ainda hoje domina – e porque não dizer assola – o imaginário da sociedade ocidental.

O espaço público do trabalho foi determinado como masculino e, por outro lado, o espaço privado, o universo doméstico familiar, como feminino. A partir dessa divisão da sociedade entre o público/masculino e o privado/feminino, formaram-se os comportamentos, os papéis e também a identificação entre os conceitos de gênero e sexo.¹⁸ Criou-se culturalmente a ideia de que a pessoa que nasce do sexo feminino nasce biologicamente destinada à maternidade, nasce com uma propensão natural para a doçura, o cuidado e que não teria aptidão para a matemática, para as finanças, dentre outras limitações. Por outro lado, a pessoa que nasce do sexo masculino nasce biologicamente superior às mulheres, nasce forte, com pouca habilidade para as tarefas domésticas e uma natural aptidão para a matemática, além de uma propensão natural para o sexo¹⁹ muito distinta da mulher. “A distinção entre as duas esferas organiza-se em um processo histórico e político no qual as identidades de gênero foram produzidas como papéis, comportamentos e limites”.²⁰

¹⁸ “Na verdade, há mais de um século se defende terem as mulheres menores competências com base na biologia. Há posições mais radicais, como a dos que aplicavam, no século XIX, a teoria evolucionista de Darwin, para afirmar que as mulheres que trabalhavam para obter sua independência financeira se colocavam numa ‘luta contra a natureza’” (BARBOZA, H. H.; ALMEIDA, V. **Desigualdade de gênero: mulher como sujeito de direito**. In: TEPEDINO, G.; TEIXEIRA, A. C. B.; ALMEIDA, V. O direito civil: entre o sujeito e a pessoa. Estudos em homenagem ao professor Stefano Rodotà. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016, p. 169).

¹⁹ “Do mesmo modo, se argumentou que a sexualidade masculina e feminina era tão dispar, que se podia pensar nos dois eixos como espécies separadas” (Ibidem, p. 169).

²⁰ BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo:

É claro que essa configuração familiar burguesa sofreu muitas alterações, as mulheres ocuparam espaços públicos, capacitaram-se profissionalmente nas mais diversas áreas, e, por outro lado, também os homens passaram a ocupar o espaço doméstico com mais intensidade que nos tempos anteriores, entretanto ainda há desigualdades impostas pelo gênero, ainda há desvalorização do feminino. “É de uma perspectiva masculina e heterossexual que família e maternidade podem ser idealizadas e mesmo santificadas, enquanto continuam sendo definidas de um modo que onera as mulheres e as torna vulneráveis”.²¹

Mas é relevante pensar que, se, por um lado, a maternidade e a vivência desse modelo heteronormativo de família limitam as mulheres e cerceiam consideravelmente sua liberdade, já que elas se tornam dependentes dos homens e responsáveis exclusivas pelo espaço doméstico, há, por outro ponto de vista, de se levar em consideração a dimensão do privilégio. Exercer a maternidade no contexto de uma família nos moldes burgueses é muito diferente de exercer a maternidade em outras realidades de classe e raça, o que pode tornar-se, socialmente, um privilégio.

Ainda em 1914, na Rússia, observou Alexandra Kollotai a realidade da maternidade de mulheres de diferentes classes, da mulher do dono da fábrica, de uma lavadeira, uma arrumadeira e uma trabalhadora da tecelagem. Enquanto a mulher do patrão tinha uma gestação prazerosa, cercada de cuidados e carinhos, as demais eram expostas a desumanidades de todo tipo. A autora, no início do século XX, já defendia que a libertação feminina “dependia da coletivização do trabalho então assumido pela unidade familiar: a redução do trabalho doméstico por meio de restaurantes e lavanderias coletivas e existência de creches onde as crianças

Boitempo, 2018, p. 95.

²¹ *Ibidem*, p. 95.

fossem cuidadas e educadas”.²² Essas ideias, entretanto, não eram vistas de modo positivo nem pelas mulheres da sociedade daquela época, pois que havia defesa do casamento e da docilidade feminina.

No Brasil, a situação da desigualdade de gênero é muito presente e, de modo semelhante, a desigualdade de classe e raça evidenciam que a experiência da maternidade não é a mesma para as mulheres de classes diferentes. Em uma reportagem da revista Isto é, de 2017, noticia-se que nasceram 2,6 mil crianças com microcefalia em função do surto da doença Zika. 48% das mães eram solteiras, “25% das mulheres e meninas que tiveram bebês com microcefalia entre novembro de 2015 e setembro de 2016 tinham menos de 20 anos e 760 adolescentes entre 10 e 19 anos tiveram bebês com microcefalia nesse período; 35 meninas tinham entre 10 e 14 anos”.²³

As maternidades são essencialmente diferentes, com variações que perpassam por questões educacionais, de acesso a informação, classe e raça.

O Direito de ser mãe ao mesmo tempo que alcançou leis de garantia, passa hoje por retrocessos que incluem até sua interrupção abrupta. Mães adolescentes, que ainda carecem de proteção do Estado, entram no processo de Maternidade de bebês microencefálicos, pela negligência deste mesmo Estado. Mães que perdem seus filhos na calçada, na escola, dentro de casa, porque eles estavam num trajeto de uma bala de fuzil disparada em algum lugar (...).²⁴

²² BIROLI, F. *Op. cit.*, p. 102.

²³ PEREZ, F. Isto é. Não aprendemos nada com a Zika. Reportagem de 28/07/2017. Disponível em: <https://istoe.com.br/nao-aprendemos-nada-com-o-zika/>. Acesso em: 02 de novembro de 2020.

²⁴ IENCARELLI, A. M. **O direito de ser mãe: conquistas e violações**. In: PEREIRA, T. D. S.; OLIVEIRA, G. D.; COLTRO, A. C. M. Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Projeto Brasil/Portugal – 2017/2018. Rio de Janeiro: Editora GZ, 2018, p. 49.

No século XX, a vulnerabilidade das mulheres como mães e a insegurança de seus filhos, principalmente em relação às mulheres negras foi uma preocupação essencial nas lutas feministas.²⁵

Enquanto a vida das mulheres brancas, em função do excesso de tempo que dedicavam à família, ao marido, aos filhos e ao lar, ficava sem sentido, depressiva, a vida das mulheres pretas necessitava de mais tempo para dedicação aos filhos e ao lar, e essa interseccionalidade somente fora problematizada a partir da segunda metade do século XX. O fato é que as mulheres, independente do gênero, pretas ou brancas, de classe alta, média ou baixa, são cobradas de exercer uma maternidade perfeita e serem geradoras de filhos perfeitos, mesmo quando as condições para isso sejam inexistentes.

E é importante mencionar que a disposição e a preparação para o exercício da maternidade é essencial para o surgimento afetivo e psicológico do ser que acaba de nascer. O bebê humano é por demais frágil e até o momento do seu nascimento possui como frequência de vida as batidas do coração da mãe. É essencial para o desenvolvimento do bebê o alimento físico, mas, sobretudo, o alimento afetivo que o colo materno proporciona à criança, principalmente nos primeiros momentos da vida extrauterina.²⁶ “Então, a mãe é muito importante no início da vida da criança. Não que o pai não o seja, mas o pai não deve ser introduzido invasivamente. A necessidade de um filhote, em especial o humano, é de mãe”.²⁷ Quanto estamos a falar da maternidade saudável, do exercício digno da maternidade, estamos tratando do direito à vida. Mas a maternidade tem sido negligenciada.

²⁵ BIROLI, F. *Op. Cit.*

²⁶ IENCARELLI, A. M. **O direito de ser mãe: conquistas e violações.** In: PEREIRA, T. D. S.; OLIVEIRA, G. D.; COLTRO, A. C. M. Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Projeto Brasil/Portugal – 2017/2018. Rio de Janeiro: editora GZ, 2018, p. 49-62.

²⁷ *Ibidem*, p. 50.

No Brasil, as mulheres participam do mercado de trabalho, mas ainda há um baixo percentual de crianças que possuem acesso a creches, em 2017 o acesso à creche era de 32,7% para a faixa etária de 0 a 3 anos,²⁸ o que inviabiliza o processo de libertação e conquista de autonomia feminina. Na rotina de muitas mulheres pobres “os desafios para criar os filhos em condições de vulnerabilidade implicam superação e solidariedade, mas também alto custo e sofrimento. O ‘matriarcado da miséria’ é feito de exclusão, racismo, sexismo e, apesar disso, de resistências no cotidiano e na ação política coletiva”.²⁹

8. A maternidade, vista sob os mais diversos aspectos, possui três pontos importantes de discussão e superação: o peso desigual de parentalidade para mulheres e homens, a experiência desigual da maternidade e a maternidade compulsória.

Os dois primeiros pontos foram acima tratados nos aspectos da desigualdade de gênero e no exercício desigual da maternidade entre as mulheres de diferentes classes. Em relação ao terceiro ponto, é importante destacar a violência que as mulheres sofrem em relação aos seus corpos. Afora a violência física praticada contra as mulheres em grande intensidade ainda nos dias de hoje, há de se destacar a violação da autonomia feminina em relação ao seu próprio corpo. “O fato da gestação se dar no corpo da mulher acarreta situações que, sob os mais variados argumentos, acabam por restringir por completo sua autonomia”.³⁰

O início desse debate sobre a autonomia da mulher sobre o seu corpo pode ser feito com uma questão inquietante: o corpo é de quem?

²⁸ Inep. Ministério da Educação. **Censo escolar 2018**. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/apresentacao/2019/apresentacao_coletiva_censo_escolar_2018.pdf. Acesso em: 02 de novembro de 2020.

²⁹ BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2018, p. 110.

³⁰ BARBOZA, H. H.; ALMEIDA, V. *Op. cit.*, p. 171.

Do marido? Do médico? Do legislador? A quem cabe a definição acerca do destino do corpo feminino?

O Código Civil (CC) atual, nos arts. 13 ao 15, regulamentou de modo tímido o direito ao próprio corpo, limitando a autonomia da pessoa sobre o seu próprio corpo. A pessoa, na leitura literal dos referidos dispositivos, não pode dispor do próprio corpo quando lhe importar perda permanente da integridade física ou quando contrariar os bons costumes, salvo quando houver exigência médica. De certo, a codificação atual apresenta alguns avanços em relação à antiga codificação em relação a essa temática. Todavia a “autonomia sobre o próprio corpo encontra-se, ainda, diretamente vinculada ao controle e interferência da sociedade, na medida em que o ato de disposição não pode contrariar os bons costumes”.³¹

Quanto ao direito da mulher sobre o próprio corpo, ainda se vive uma realidade social e jurídica em que o corpo das mulheres sofre maiores restrições, principalmente quando se trata de sexualidade e reprodução. Na legislação, tanto o art. 226, § 7º, da CRFB quanto o art. 1565, § 2º, do CC regulamentam o direito ao livre planejamento familiar. Entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem e pelo casal. Apesar da expressa igualdade, na realidade, há desigualdades entre o exercício da parentalidade por homens e mulheres. Nas estatísticas do Registro Civil de 2018, enquanto em 108.813 processos de divórcio a guarda dos filhos menores foram atribuídas às mulheres, em 7.115 processos a guarda foi atribuída aos homens e em 40.553 processos, a guarda foi fixada para

³¹ *Ibidem*, p. 175.

ambos os pais.³² A realidade é que as obrigações de cuidado ainda são atribuídas às mulheres e muitas vezes sem que sejam assistidas para assegurar um desenvolvimento saudável às crianças e aos adolescentes.

Para além dessa desigualdade, tem-se que a autonomia reprodutiva da mulher é exercida de modo bastante distinto do homem. Questões importantes precisam ser enfrentadas. As mulheres gestantes têm sua gestação controlada pelos médicos, que retiram, em função de um excesso de medicalização do processo gestacional, o protagonismo feminino no pré-natal e no parto. “Por meio do discurso biomédico, a mulher grávida se vê cercada, hoje, de uma rede de vigilância de seu corpo, passando a ser responsabilizada não só pela própria saúde, mas também pela produção de um feto saudável”.³³ Para além disso, a decisão da mulher de esterilizar-se é permeada de questionamentos vários e, se casada, da necessidade de autorização do marido. Neste aspecto, vale ressaltar que, na Lei 9.263/1996, dita Lei sobre o Planejamento Familiar, a esterilização depende do consentimento de ambos os cônjuges, mas, na prática, exige-se o consentimento do marido, e não o contrário, além de, em muitas vezes, cercear-se o direito da mulher à esterilização.³⁴

Desde a década de 1960, os movimentos feministas lutam pela possibilidade de a mulher abortar e pelo direito de acesso aos métodos contraceptivos como modo de libertação dos padrões patriarcais de família, em que o corpo feminino era destinado a uma maternidade obrigatória decorrente da relação do matrimônio. Com a disponibilidade

³² IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estatísticas do Registro Civil 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?edicao=26178&t=resultados>.

³³ BARBOZA, H. H.; ALMEIDA, V. *Op. cit.*, p. 176-177.

³⁴ CHAVES, M.; PEREIRA, R. D. C.; DIAS, M. B. **Na (in)justiça no planejamento familiar no Brasil: o direito de ser (ou não ser) mãe ou pai.** In: PEREIRA, T. D. S., OLIVEIRA, G. D.; COLTRO, A. C. M. Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Projeto Brasil/Portugal – 2017/2018. Rio de Janeiro: editora GZ, 2018, p. 363-391.

dos métodos contraceptivos, “a finalidade do casamento deixa de ser unicamente a procriação com a perpetuação da linhagem familiar, e o sexo progressivamente perde sua marca de promiscuidade e proibição, admitindo-se sua prática com a finalidade de prazer e não apenas reprodutiva”.³⁵

A expectativa era de que, com a conquista dos direitos reprodutivos, as mulheres passassem a ter o controle sobre seu corpo e sua sexualidade. Os direitos reprodutivos, regulamentados pela Lei sobre o Planejamento Familiar, implicam o direito de livre e individualmente exercer sua sexualidade e controlar sua reprodução, podendo cada pessoa definir se deseja ter filhos e, em caso positivo, quando deseja tê-los, bem como quantos filhos pretende ter.

A ONU considera os direitos reprodutivos inseridos no rol dos direitos humanos. O que se entende, portanto, é que o direito reprodutivo implica a possibilidade de escolher ter filhos ou não ter filhos. “Esse direito fundamental deve ser enxergado em uma lógica de ‘justiça reprodutiva’, que considere tão importante o direito à parentalidade quanto o direito à não-parentalidade”.³⁶

9. Estaria dentro do direito reprodutivo das mulheres o direito de interromper uma gestação indesejada? E o ser humano que se desenvolve em seu útero? Possui direito de ser mantido ali?

De fato, o ordenamento jurídico brasileiro protege o nascituro, como se viu no tópico 2, acima. A realidade biológica humana está presente desde a formação do zigoto, a partir daí, há uma existência biológica, mas será que há um ser moral, uma pessoa humana?

³⁵ GOMES, B. D. C. F.; CARVALHO, C.; DADALTO, L. **Cuidado, reprodução humana e direito de ser ou não ser pai e mãe no Brasil**. In: PEREIRA, T. D. S.; OLIVEIRA, G. D.; COLTRO, A. C. M. Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Projeto Brasil/Portugal – 2017/2018. Rio de Janeiro: editora GZ, 2018, p. 155.

³⁶ CHAVES, M.; PEREIRA, R. D. C.; DIAS, M. B. *Op. cit.*

Assim, vida diz respeito a um estado de atividade de um organismo ou microorganismo biológico, animal ou vegetal, e vida humana se refere a qualquer célula ou conjunto de células cujo patrimônio genético seja, na sua quase totalidade, de origem humana.³⁷

O zigoto já carrega a identidade genética da vida que está em formação, mas a dúvida consiste no momento do surgimento do ser humano. Quando é que aquele ser em desenvolvimento adquire existência moral? O ser em potencial se transforma em ser humano a partir de que momento?

Ver no embrião uma pessoa potencial seria, assim, defender que já se encontrariam nele presentes, ainda que de maneira virtual, uma pessoa suscetível de manifestar-se de forma atual, ou seja, como se naquele amontoado celular houvesse uma consciência latente ainda que desprovida de qualquer estrutura neuronal.³⁸

Assim, o embrião *in vitro* é, claramente, um ser em potencial, e o que se sugere na citação acima é que o ser humano surge junto com a formação das células neurais. Porém, o fato é que analisar a potencialidade da vida humana é muito mais do que avaliar o número de semanas de gestação, não se resumindo, portanto, à simples constatação de que se formaram ou não células neurais. “Um embrião pode possuir a potencialidade de vir a ser uma pessoa, a qual é preciso agregar todas as demais potencialidades decorrentes dos processos de socialização, a saber, de sua interação social, das relações afetivas que vão se operando no curso do processo de maturação deste embrião, até que se realize como pessoa”.³⁹

³⁷ NOGUEIRA FILHO, L. N. Estatuto ético do embrião. **Revista Bioéthikos**, v. 3, n. 2, p. 225-234, 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/71/225-234.pdf>>. Acesso em: 10.11.2020.

³⁸ HOGEMANN, E. R. **Bioética, alteridade e o embrião humano**. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2015.

³⁹ *Idem*.

São inúmeras as correntes de pensamento acerca do início da vida humana e de sua proteção, mas é importante levar em conta fatores que ultrapassem a linha dos argumentos biológicos.

É relevante esclarecer que a potencialidade de um embrião, cuja existência se reveste do desejo de procriação, seja de um casal, ou de uma pessoa apenas, estará revestida de uma valoração infinitamente maior do que a de um embrião, produto de estupro, que coloque em risco a vida da genitora, ou de um zigoto derivado de procedimento de clonagem celular (transferência nuclear), visando à reprodução de determinado tecido para fins terapêuticos.⁴⁰

O ser humano biologicamente surge desde a concepção, mas a sua interação com o meio é o que vai defini-lo e permitir sua construção moral e psicológica.⁴¹ É durante o desenvolvimento afetivo e social que o ser humano adquire sua identidade, tornando-se a pessoa que efetivamente é, com aquele sorriso característico, com aquele andar.

10. A maternidade é, como já dito, essencial para o desenvolvimento intrauterino e extrauterino do ser humano.

Agora, o que falar sobre uma maternidade imposta? O que falar da maternidade exercida por estas citadas 760 adolescentes mães de crianças com microcefalia? Como esperar que uma adolescente em desenvolvimento, talvez uma quase-criança cuide de outra de modo saudável? Haveria, em casos em que não há desejo ou condições para o exercício responsável da maternidade, um direito da mulher de dizer que não quer estar grávida, que não quer ser mãe?

É importante discutir todas as questões que foram aqui levantadas considerando que mesmo havendo avanços normativos acerca

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ IENCARELLI, A. M. **O direito de ser mãe: conquistas e violações**. In: PEREIRA, T. D. S.; OLIVEIRA, G. D.; COLTRO, A. C. M. Cuidado e o direito de ser: respeito e compromisso. Projeto Brasil/Portugal – 2017/2018. Rio de Janeiro: editora GZ, 2018, p. 49-62.

da igualdade de gênero e dos direitos femininos, a cultura brasileira ainda vê a mulher como inferior e o controle sobre o corpo feminino é exercido pelo Estado e pela sociedade de modo distinto do corpo masculino.

Conclusão

11. Este trabalho versou sobre o controverso tema do aborto. Antes de encerrar o texto com as notas conclusivas, é importante pensar que as mulheres brasileiras efetivamente abortam, e é com essa constatação que os autores pretendem terminar a reflexão. Na pesquisa nacional do aborto, liderada pela pesquisadora Débora Diniz, em que apenas mulheres pesquisaram mulheres, de todos os cantos do Brasil, a voz feminina e a realidade feminina foi precisa e claramente descortinada. A pesquisa é incisiva ao afirmar que “o aborto é comum no Brasil. Os números de mulheres que declaram ter realizado aborto na vida são eloquentes: em termos aproximados, aos 40 anos, quase uma em cada cinco das mulheres brasileiras fez um aborto; no ano de 2015 ocorreram cerca de meio milhão de abortos”.⁴²

12. A despeito dessa realidade estampada em números, que revelam ser o aborto uma questão de saúde pública, o aborto é também discutido por homens e mulheres na área jurídica, ética e médica. Ao analisar o tema, neste trabalho, foi possível concluir que o direito brasileiro hoje não é favorável à corrente pró-aborto. Entendeu-se que as normas vigentes não admitem construir, no plano jurisdicional, uma solução jurídica que permita à mulher, por livre escolha sua, abortar.

⁴² DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MEDEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de novembro de 2020.

13. Por outro lado, também não é permitido no Brasil a todas as mulheres o exercício da maternidade. O direito de ser mãe e de não ser mãe das mulheres brasileiras têm sido negligenciado pelo Estado, pelos médicos e profissionais de saúde e por magistrados.

14. Quanto aos direitos do nascituro, ficou esclarecido que o ordenamento jurídico protege a vida humana desde a concepção, devendo-se, no ponto, observar o entendimento da Corte IDH, consoante o qual somente se pode falar em concepção após a implantação do embrião no útero humano. Diante desse cenário, foi compreendida a relevância da maternidade querida para o desenvolvimento saudável do ser em desenvolvimento.

15. Concluiu-se que a tarefa de regulamentar o aborto e sua prática pelas mulheres é uma tarefa do Poder Legislativo e espera-se que, com este ensaio, seja possível contribuir para a futura e urgente elaboração normativa.

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 pela UFRJ e graduanda em Direito pela UFV. 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.

Arthur Santana de Paulo

Doutor e Mestre em Bioética, Ética Aplicada e em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Graduado em Direito pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Autor da obra *Direito Penal, Neurodireito e a Imputabilidade Penal do Psicopata: Um Dilema Bioético*, um Cenário Biopolítico (Editora Editar – 2019).

Carmen Carvalho

Pediatra-Neonatologista. Coordenadora do Serviço de Neonatologia do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP); Membro da Comissão de Ética do CHUP; Docente convidada do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (triênio 2020-2022); Doutoranda em Bioética no Instituto

Bioética, Universidade Católica Portuguesa; Membro fundadora do Grupo de Estudos e Reflexão em Medicina Narrativa (GERMEN).

Débora Fernandes Pessoa Madeira

Possui graduação em Direito pela Universidade Federal de Viçosa (2004), especialização em Direito Civil e Processual Civil pela Universidade Presidente Antônio Carlos (Unipac-Ubá) e mestrado em Direito Privado pela PUC-Minas. Atualmente é professora assistente, na área de Direito Civil, na Universidade Federal de Viçosa, chefe do Departamento de Direito da Universidade Federal de Viçosa.

Elen Nas

Pesquisadora visitante no Departamento de Informática da University of California - Irvine pelo PDSE-CAPES, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), é afiliada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Cientista Social (UFF) e Mestre em Design (PUC), é 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.

Fabiana Pires

Fonoaudióloga. Especialista em Estratégia de Saúde da Família, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense e doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ocupou diversos cargos dentro da gestão da saúde pública pelo Município e Estado do Rio de Janeiro nos últimos anos. Atualmente é professora do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro e Diretora Administrativa no Hospital Municipal Dr. Ernesto Che Guevara.

Fabiola Alves Alcântara

Fisioterapeuta Paliativista, Mestre e Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS). Membro da Rede 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, e Associada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Fermin Roland Schramm

Nasceu na Suíça, onde estudou na Universidade de Genebra, formando-se em Letras e defendendo uma dissertação em semiologia em 1974. Em seguida atuou na Escola de Arquitetura da Universidade de Genebra (EAUG) como encarregado de pesquisa até 1983. De 1975 até 1983 estudou em Paris na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais (EHESC) sob a orientação de Roland Barthes. De 1984 até 1988 trabalhou no UNDP da ONU em Luanda (Angola) e veio ao Brasil em 1989, onde fez seu Doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) do Rio de Janeiro em 1994, onde atua até hoje. Fez seu Pós-Doutorado em Bioética na Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile em 2000, onde atuou como colaborador até 2010. Atualmente é Pesquisador Titular em Bioética do PPGBIOS/FIOCRUZ.

Flávio Niemeyer Guimarães

Natural do Rio de Janeiro e possui graduação *cum laude* e Mestrado em Engenharia Química COPPE/UFRJ, MBA em Gestão de Negócios FGV-SP e Educação Executiva MIT Sloan School of Management e Rice University. Possui mais de 30 anos de experiência em otimização de processos industriais e de negócios. É sócio fundador da Radix – Engenharia e Software, reconhecida por mais de 10 anos como uma das melhores empresas para se trabalhar no Brasil pelo Great Place to Work Institute. Desde 2016 é CEO da Radix nos Estados Unidos, onde reside atualmente. Foi por 8 anos Professor de Métodos Quantitativos no MBA e Mestrado de Finanças Corporativas, Investimento e Risco da FGV-SP e Orientador de Monografias no MBA em Gerenciamento de Projetos pela Universidade Federal Fluminense. É docente e colaborador-voluntário da Fundação Logosófica – Em Prol da Superação Humana desde 1995 em filiais no Brasil e nos Estados Unidos.

Gláucio Inácio da Silveira

Diplomado em Direito pela Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Direito Processual pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, é Professor Adjunto do Departamento de Direito da Universidade Federal de Viçosa.

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 de Extensão do Unifeso, Coordenador Editorial e professor de disciplinas de Filosofia, Ética e Bioética no Unifeso. Seus principais temas de pesquisa são: Bioética, Ética, Heidegger, Filosofia da Ciência e Filosofia Antiga.

José Carlos Zebulum

Nasceu no Rio de Janeiro, onde vive atualmente. Graduiu-se como Oficial de Marinha em 1984 e, posteriormente, formou-se Engenharia Naval pela Universidade de São Paulo (1990). Graduiu-se em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1999), onde, também, obteve o título de mestre em Direito Civil (2007). Em 2018 obteve o título de Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRF/IES). O autor já foi professor substituto de Direito Civil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, além de ter ministrado aulas em diversos cursos preparatórios para concursos. Atualmente, mantém vínculo com o Centro Universitário Serra dos Órgãos. É autor de várias publicações, livros e artigos. Sua atuação profissional abrange as atribuições dos cargos de Auditor Fiscal da Receita Federal (1995) e de Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (2001). Atualmente desempenha as atribuições de Juiz Federal no Rio de Janeiro.

Jussara Alves Coutinho

Enfermeira graduada na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB; Especializou-se em Urgência e Emergência, pela SOEBRAS, em Montes Claros/MG e em Enfermagem em atenção à Cardiologia, pela Faculdade de Ciências Médicas, Belo Horizonte/MG; tornou-se mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Viçosa, UFV. O capítulo publicado nessa obra é um dos produtos da dissertação do

mestrado. Atualmente é supervisora clínico-institucional de CAPS.

Luciana Narciso da Silva Company

Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em pós-doutorado no PPGBIOS (UFRJ, FIOCRUZ, UFF, UERJ - bolsista Capes). Membro do GT de Bioética da ABRASCO, da Rio de Janeiro Unit/Unesco Chair of Bioethics at Haifa, da Sociedade Brasileira de Bioética (SBRio) e da Comissão de Bioética e Biodireito da OAB-Barra da Tijuca/RJ.

Luiz Alberto de Alcântara

Nascido em Caraguatatuba, litoral norte de São Paulo. Graduado em história pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Doutorando em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Membro do projeto de pesquisa Formação dos Gestores escolares das instituições de Educação do Paraná.

Luiz Fernando de Alcântara

Nascido em Caraguatatuba, litoral norte de São Paulo. Bacharel em Teologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Master of Arts in Religion, Politics & Conflict Resolution na St Mary's University, Londres - Inglaterra. Doutorando em Bioética pela Cátedra UNESCO de Bioética (IB-Porto), Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Márcio Niemeyer-Guimarães

Médico formado pela Faculdade de Medicina da UFRJ. Tem Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar da Universidade do Porto, com registro médico na SRNOM, Porto – Portugal. É Mestre em Clínica Médica, área Terapia Intensiva (HUCFF/UFRJ) e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS/ENSP-FIOCRUZ) com Doutorado-Sanduiche [CAPES] no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Titulado Especialista AMB em Medicina Intensiva AMIB com Certificado em Medicina Paliativa AMIB; e Titulado

Especialista AMB em Clínica Médica SBCM com Certificado em Medicina de Urgência SBCM. Em 2016, foi reconhecido Fellow pela Sociedade Americana de Geriatria. Atualmente é professor do curso de graduação em Medicina do Unifeso, e médico da UTI e do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano – Botafogo (UHG-Brasil), Rio de Janeiro. É docente e colaborador-voluntário da Fundação Logosófica – Em Prol da Superação Humana desde 1996.

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 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, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor em Geografia (UFRJ e Université Sorbonne Nouvelle - Paris 3). Mestre em Geografia (UFRJ). Desde 1996, pesquisador do Grupo RETIS de Pesquisa (UFRJ, Departamento de Geografia).

Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta

Graduado em Enfermagem e Direito, com Especializações em Enfermagem Neonatal e Pediátrica, Direito Civil e Processo Civil. Mestre e Doutor em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pelas instituições em associação UFRJ, UERJ, FIOCRUZ e UFF (PPGBIOS). Atualmente pós-doutorando no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa e Professor convidado do Departamento das Ciências de Saúde Pública e Pediatria da Università degli Studi di Torino.

Roberta Lemos

Fisioterapeuta, doutora e mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, docente no Centro Universitário Celso Lisboa e professora substituta no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), unidade Realengo. A autora agradece ao Prof. Sergio Rego, da Ensp/Fiocruz, pelas contribuições dadas a este texto.

Rodrigo Siqueira-Batista

Diplomado em Medicina e em Filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; diplomado em Matemática pela Universidade Estácio de Sá. Especialista e Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Mestre em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; Doutor em Ciências (Saúde Pública) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é 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 da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Coordenador 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; Bolsista de Produtividade em Pesquisa (nível 2) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ronaldo Goldschmidt

Graduado em Matemática pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Sistemas e Computação pelo Instituto Militar de Engenharia e Doutor em Engenharia Elétrica - Métodos de Apoio à Decisão - pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Docente há mais de vinte anos, tendo lecionado tanto em instituições públicas quanto em particulares, atualmente integra o corpo docente como professor associado do Instituto Militar de Engenharia (IME). É membro do BraiNNIAC, rede interdisciplinar de pesquisa dedicada à investigação científica e às atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Nanotecnologia,

Sérgio Rego

Médico, doutor em saúde coletiva pelo IMS/UERJ, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, coordenador da Comissão de Integridade em Pesquisa da Fiocruz, Bolsista CNPq, coordenador GT Bioética da Abrasco e Coordenador da Unidade do Rio de Janeiro da rede internacional da Cátedra da Unesco de Bioética em Haifa.

Talita Leite

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Católica de Petrópolis (2004), doutora (2018) e mestre (2014) em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense, docente do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, ministra a disciplina de Fisioterapia Respiratória. Há oito anos tem como foco de pesquisa e interesse os aspectos bioéticos que permeiam a formação em fisioterapia e consequentemente o cuidado ofertado aos pacientes, no que diz respeito à tomada de decisão clínica pautada na integralidade e na bioética. Seus textos discutem a necessidade de capacitação bioética, para além da técnica profissional, com a finalidade de respaldar um cuidado resolutivo e prudente, que leve em consideração os mais complexos aspectos da clínica.

