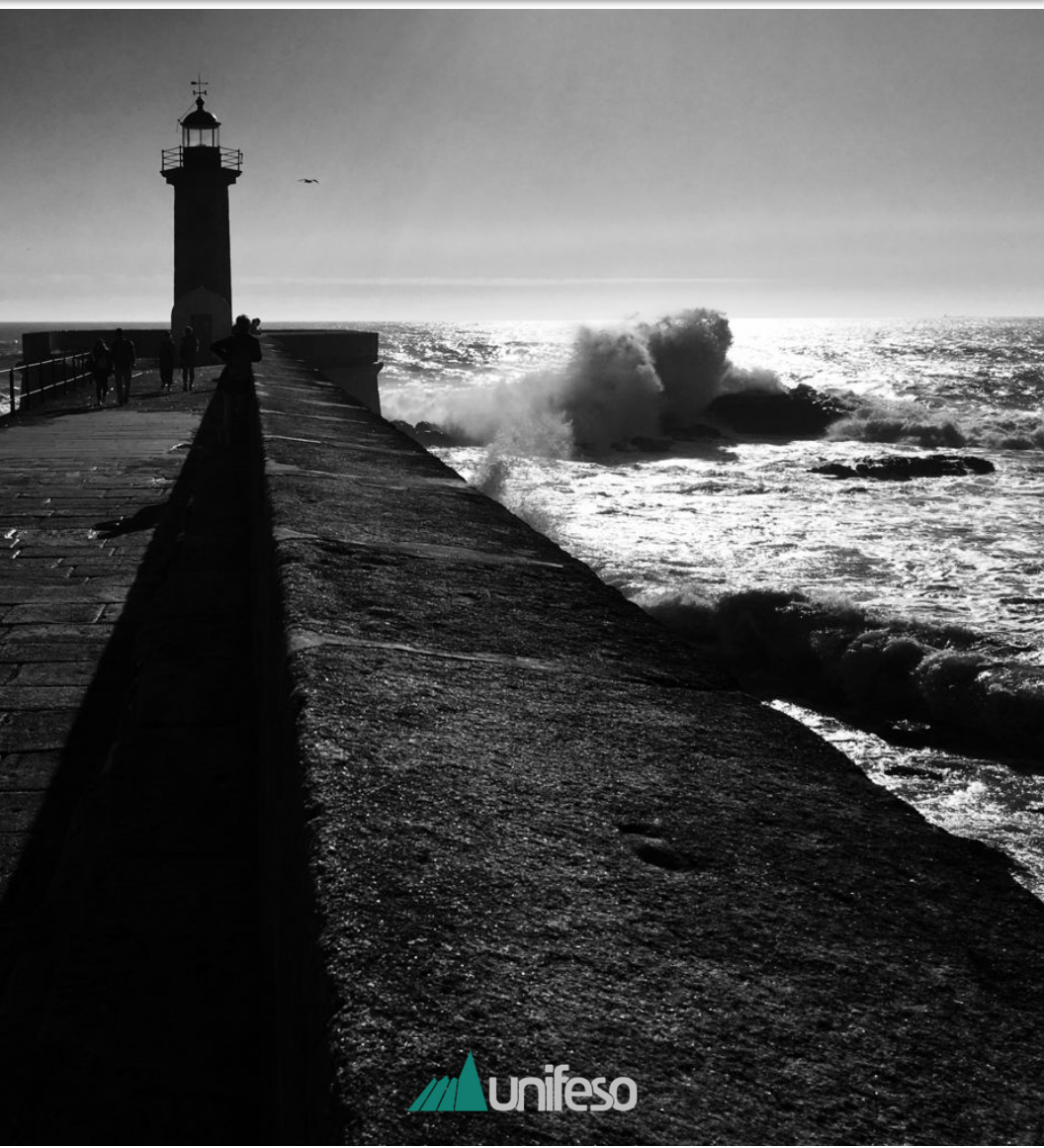


CAMINHOS DA BIOÉTICA

VOL IV

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 IV

EDITORA UNIFESO
TERESÓPOLIS
2021

Copyright© 2021 Editora UNIFESO

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

Coordenação Editorial
Anderson Marques Duarte

Assistente Editorial
Laís da Silva de Oliveira

Diagramação
Jessica Motta da Graça

Capa: *Farolim de Felgueiras (1886), Foz do Rio Douro, Porto - Portugal* - 2017
Márcio Niemeyer-Guimarães (acervo pessoal)

C191 Caminhos da Bioética – Volume IV / João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer-Guimarães, Rodrigo Siqueira-Batista (organizadores). Coleção FESO --- Teresópolis: Editora UNIFESO, 2021.

158p.: il.

ISBN: 978-65-87357-23-2

1. Bioética. 2. Saúde. I. Castro, João Cardoso de. 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

Roberta Montello Amaral
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!

Roberta Montello Amaral

Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão – UNIFESO

SUMÁRIO

PREFÁCIO Rogério Antonio Picoli	9
SOBRE OS ORGANIZADORES	13
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASOS DE ANENCEFALIA: A HISTÓRIA DA DESCRIMINALIZAÇÃO DE UMA ESCOLHA Ana Paula Vieira dos Santos Esteves	15
FISIOTERAPIA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: EXISTEM ASPECTOS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NESTA RELAÇÃO? Fábiola Alves Alcântara, Eugênio Silva	40
(BIO)ÉTICA PARA TODOS OS SERES E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPOSIÇÕES ENTRE CUIDADO DE SI E COMPAIXÃO LAICA Rodrigo Siqueira-Batista, Andréia Patrícia Gomes	64
O PROFISSIONALISMO COMO PROPOSTA DE INCLUSÃO DA DIMENSÃO ÉTICA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE Luciana Narciso da Silva Company, Sergio Rego	96
A FALÁCIA DA FILOSOFIA DA MEDICINA João Cardoso de Castro, Murilo Cardoso de Castro	117
INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS INTENSIVOS: AS INTERFACES DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA E AS FRONTEIRAS DAS NECESSIDADES HUMANAS Márcio Niemeyer-Guimarães	128
SOBRE OS AUTORES	154

PREFÁCIO

Rogério Antonio Picoli¹

Chega-nos às mãos mais um volume da Série *Caminhos da Bioética*. Trata-se da reunião de trabalhos de acadêmicos e profissionais muitíssimo engajados com o fazer de suas profissões, fortemente comprometidos com a consolidação dos saberes em seus campos de atuação e de pesquisa. A reputação acadêmica dos organizadores da Série, João Cardoso de Castro, Márcio Niemeyer-Guimarães e Rodrigo Siqueira-Batista, dispensa maiores comentários. São todos docentes de cursos de graduação e pós-graduação em Bioética e com consolidada carreira na área. A trajetória dos autores dos capítulos, igualmente, prescinde de considerações; todos possuem elevada formação acadêmica e extensa experiência em seus campos de atuação específicos.

Apesar da forte vinculação acadêmica dos autores, os textos dos diferentes capítulos avançam de forma cautelosa sobre os temas espinhosos e os autores não se perdem em academicismos ou em tecnicidades. O acesso do leitor ao conteúdo é facilitado pelo esforço desses autores em apresentar, esclarecer e caracterizar os tópicos levantados, mais do que inventariar e reconstruir detalhes labirínticos de polêmicas. Tais aspectos revelam tanto o sentido de urgência que mobiliza as exposições quanto o movimento de abertura e de democratização de acesso aos temas escolhidos. Vemos aí que o movimento de difusão do conhecimento, e abertura para inclusão de vozes, não precisa ser, necessariamente, nem reducionista nem preconceituosamente simplista e simplificador.

Infelizmente, em muitos cursos de graduação nas áreas da saúde

¹ Professor de Ética e Bioética e Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de São João del-Rei.

no Brasil, a Bioética ainda não goza do estatuto de uma disciplina articuladora do conhecimento teórico-conceitual com aquele saber que nasce do mergulho na prática efetiva, e não meramente simulada. A despeito dos esforços, o caráter abstrato dos conceitos, o aspecto elusivo dos problemas e a dificuldade de uma visão integradora da prática nessas áreas têm relegado à Bioética o papel de apêndice a todo o esforço de aprimoramento prático e treinamento, uma peça decorativa bizarra. As questões e temas bioéticos são vistos normalmente como aquele inconveniente que se faz sempre presente; por vezes, a ameaça vigilante por vezes, o lugar dos discursos inflamado. As reflexões recolhidas neste volume são especialmente significativas porque brotam da prática e também porque são norteadas por um olhar integrador; de modo que o saber bioético, de partida, já é assumido como um componente estruturante do sistema que, ao mesmo tempo, define, configura e reconfigura os inter-relacionamentos no campo da saúde.

No sentido de ultrapassar algumas das barreiras e limitações que se impõem ao saber da bioética, barreiras que quase sempre se solidificam catalisadas por certo dogmatismo religioso, o que se busca com a Série é exatamente o oposto, é um “explorar caminhos”; algo já evidente na apresentação do volume inaugural. Esse “explorar caminhos”, em certo sentido, refere-se a traçar e tentar construir a conexão entre o início de uma caminhada, ainda em alusão à metáfora do texto de apresentação, a uma certa meta de compreensão, de consolidação de saberes; uma conexão capaz de oferecer, aos que vierem a repisar os trajetos, certas perspectivas, certas formas de olhar, que possibilitem avançar com alguma segurança sobre terrenos e patamares variados de um saber-fazer que tem no seu cerne a visão do ser humano integral.

Chama a atenção nos trabalhos reunidos os esforços dos autores em problematizar e explorar de forma original alguns aspectos que,

normalmente, se revelam com maior nitidez aos olhos daqueles que trazem a experiência e os aprendizados da completa imersão e habituação com aquelas práticas particulares das artes médicas, a difícil lida com a vida. Estamos falando do ocupar-se tanto com a reflexão sobre o sentido dos elementos de fundo, teórico-filosóficos, quanto com a reflexão sobre o sentido de elementos mais fluidos, que se concentram e se dissipam; elementos que podem bem atravessar as práticas sem serem notados, mas que podem vir a se chocar diretamente contra elas, ou simplesmente impor-lhes resistência, desviando-as e empurrando-as para bem longe dos fins pretendidos.

Parece que há algo disso quando os autores consideram detidamente a noção de profissionalismo e as diretrizes para a formação ética de novos profissionais da saúde; ou quando consideram a complexidade dos inter-relacionamentos em torno da atuação profissional nas equipes multidisciplinares da Estratégia de Saúde da Família; ou quando refletem sobre os desafios da operacionalização de noções abstratas, porém basilares; ou, ainda, quando traçam as repercussões da incorporação de inovações tecnológicas na transformação da nossa própria compreensão do sentido das práticas, em particular, os condicionamentos limitadores que se impõem.

Embora não totalmente evidentes, os esforços empreendidos nos trabalhos que resultaram nos capítulos apresentados a seguir manifestam uma atitude orientadora comum. São esforços de busca por uma conceitualização que possibilite o avançar da compreensão sobre os terrenos e a abertura de novos caminhos. Isso é perseguido de diferentes maneiras, seja no refinamento e construção conceitual, seja no exame das formas e limites de operacionalização desses conceitos, seja pela incitação à mudança de perspectiva quando se dirige a atenção aos acenos de metáforas, talvez, mais apropriadas.

São esses esforços de conceitualização que transparecem, por exemplo, na reflexão sobre a distinção entre aborto e antecipação terapêutica do parto em casos anencefalia, na sugestão de uma (bio)ética capaz de abrigar uma concepção laica da compaixão e na recuperação e aprofundamento do sentido do profissionalismo no domínio da saúde. Vemos igualmente a preocupação com a conceitualização nas considerações acerca das reconfigurações das práticas nos espaços abertos e tensionados pela introdução da tecnologia, do impacto da inteligência artificial e aprendizado de máquinas na Fisioterapia aos efeitos sobre os inter-relacionamentos entre cuidados paliativos e cuidados intensivos. Por fim, mas não menos importante, vemos a mesma atitude e o mesmo tipo de esforço no questionamento radical, isto é, ontológico, quanto ao sentido apropriado da conjunção filosofia-medicina.

Temos neste volume uma coleção de temas que pode interessar igualmente a profissionais atuantes e a estudantes e professores nas áreas da saúde. Como bem nos lembra Hume, não obstante a aparente similaridade entre o raciocínio teórico e as deliberações práticas, as várias relações possíveis entre as partes e os vários objetos envolvidos em nossas deliberações práticas nunca estão ao todo previamente dadas. Tais relações, cuja marca é a possibilidade de impermanência, precisam ser desveladas e só podemos fazê-lo por meio de um exercício continuado de reflexão sobre a prática. Daí porque o jogo paciente de elaboração e crítica com vistas ao estabelecimento de distinções finas jamais será uma especulação de todo estéril no domínio bioético.

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 Assessor da Direção de Educação à Distância do Unifeso (DEAD) e professor de disciplinas de humanidades, Filosofia, Ética e Bioética no Unifeso. Seus principais temas de pesquisa são: Bioética, Ética, Heidegger, Filosofia da Ciência.



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). Mestrando em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. 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 e Certificado em Medicina Paliativa AMIB. Especialista AMB em Clínica Médica 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, Unifeso, e atua como médico da UTI e do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano - Botafogo, Rio de Janeiro.



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; Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de São João del Rei; 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).

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASOS DE ANENCEFALIA: A história da descriminalização de uma escolha

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A palavra anencefalia possui origem grega – de fato: an = sem; enkepalos = cérebro; daí “sem cérebro”. Podemos considerar a anencefalia como uma malformação congênita caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana, originária da falha do fechamento do tubo neural no período da embriogênese¹.

Ocorre entre o 20º e o 28º dia após a concepção, entre a terceira e a quarta semana do desenvolvimento do embrião. Apenas avaliando simplesmente os elementos que constituem este início do fenômeno de neurulação, já observamos que se constitui em um grave problema vital, pois, pela emergência de uma anomalia resultante de um defeito do tubo neural do embrião. Tal condição é letal, pois todas as funções do cérebro são comprometidas².

Mundialmente, cada país apresenta um determinado ordenamento jurídico para avaliar a possibilidade de interrupção da gestação de fetos com anomalias. Uma revisão sistemática realizada por Mansfield e colaboradores, em 1999, demonstrou que a taxa de interrupção da gestação de fetos anencefálicos era de 88%^{2, 3}. No Brasil, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº 54 (ADPF-54), proposta em junho de 2004 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), trouxe luz à questão e deu início ao processo de minimização da insegurança jurídica e ao martírio de muitas mulheres brasileiras. A decisão também pretendeu garantir aos médicos realizar os procedimentos terapêuticos necessários em casos de diagnóstico de

anencefalia no feto, inclusive, a antecipação terapêutica do parto, sem qualquer risco de constrangimento judicial^{4, 5}.

Entretanto, nos bastidores desta conquista para as mulheres brasileiras, está uma longa e árdua história de luta. Desta forma, esse trabalho objetiva trazer o histórico judicial da temática “anencefalia”, desde as primeiras discussões e votações no Supremo Tribunal Federal (STF) a respeito da aprovação da ADPF-54, até a atual situação a respeito da interrupção da gestação através da antecipação terapêutica do parto nas situações de anencefalia e caso seja o desejo da mulher.

MÉTODOS

Esta pesquisa teve uma abordagem quanti-qualitativa que se preocupa, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais⁶. Assim, a investigação é caracterizada como descritiva, exigindo do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade⁷. Destaca-se que, em relação aos procedimentos, trata-se de um estudo documental-bibliográfico, pois a “*pesquisa bibliográfica utiliza fontes constituídas por material já elaborado, tais como livros e artigos científicos localizados em bibliotecas. E a pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais*”⁸.

Foram consideradas, como principal fonte de dados, documentos na íntegra publicados pelo Supremo Tribunal Federal; as fontes secundárias incluíram os textos obtidos em pesquisa bibliográfica – realizada em bases de dados eletrônicas, como: PubMed (*U. S. National Library of Medicine*), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) –

buscando-se artigos dos últimos cinco anos. Utilizaram-se como descritores, em português e inglês, respectivamente: Anencefalia, defeitos do tubo neural, Antecipação Terapêutica do Parto, Gestação de alto risco, *Anencephaly*, *Neural tube defects*, *Pregnancy Termination*, *High-Risk pregnancy*. Ressalta-se que os termos elencados para a pesquisa encontram-se catalogados como Descritores de Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram previamente consultados para averiguar sua exequibilidade. Obteve-se, assim, um total de 121 citações (Quadro 1).

Após a obtenção das citações, utilizou-se como critérios de inclusão para a pré-seleção dos artigos, os seguintes filtros: (i) tipo de estudo realizado – textos originais, meta-análises, revisões sistemáticas, relatos de caso, resumos em inglês, estudos multicêntricos, ensaios clínicos e revisões de especialistas; (ii) idiomas – línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Utilizaram-se como critérios de exclusão a não disponibilidade do resumo do artigo para apreciação, a identificação de duplicidades e a não adequação aos critérios de inclusão.

Quadro 1. Número de citações obtidas com a estratégia de busca definida.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA	NÚMERO DE CITAÇÕES OBTIDAS		
	LILACS	PUBMED*	SCIELO
Anencefalia (Anencephaly) AND antecipação terapêutica do parto (Termination of pregnancy)	1	8	1
Anencefalia (Anencephaly) AND Ética (Ethics)	9	3	1
Anencefalia (Anencephaly) AND Gestação de alto risco (pregnancy high risk)	0	9	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND Gestação de alto risco (pregnancy high risk)	26	29	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND Ética (Ethics)	0	9	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND antecipação terapêutica do parto (Termination of pregnancy)	0	18	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND antecipação terapêutica do parto (Termination of pregnancy) AND Gestação de alto risco (pregnancy high risk)	0	2	0

Anencefalia (Anencephaly) AND antecipação terapêutica do parto (Termination of pregnancy) AND Ética (Ethics)	1	2	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND Ética (Ethics) AND antecipação terapêutica do parto (Termination of pregnancy)	0	1	0
Defeitos do tubo neural (Neural Tube Defects) AND Ética (Ethics) AND Gestação de alto risco (pregnancy high risk)	0	1	0

*Para pesquisa na base de dados PUBMED, foram utilizados os termos em língua inglesa, conforme definição metodológica do presente estudo

Os artigos selecionados foram pré-analisados – através da leitura do título e do resumo – de modo a confirmar que se adequavam ao escopo do presente artigo. Os artigos pré-selecionados foram, então, lidos na íntegra. Ademais, com o objetivo de localizar textos que não tivessem sido encontrados na pesquisa inicial, foram consultadas as listas de referências bibliográficas dos manuscritos selecionados, em busca de artigos de interesse. Livros e capítulos de livro de conhecimento prévio dos autores também foram empregados, além documentos oficiais do Supremo Tribunal Federal, Diário Oficial da União, entrevistas e livros-texto do Direito, como elemento complementar do levantamento bibliográfico. Ao final desse processo, foram selecionados 29 textos para compor a presente construção de revisão documental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos dados obtidos no material selecionados foi pensada na seguinte lógica: (1) *Preceitos Fundamentais*, (2) *Início da Jornada: O Supremo Tribunal Federal e a Anencefalia*, (3) *Arguição Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)*, (4) *O Julgamento de 2004*, (5) *Julgamento do mérito da ADPF 54 no dia 11 de abril de 2012* e (6) *O que mudou de 2004 para 2012?*

(1) Preceitos Fundamentais

Pode parecer que ‘preceito fundamental’ é sinônimo de ‘princípio fundamental’, mas não é assim. Os preceitos fundamentais são mais amplos, abrangem os princípios fundamentais e todas as principais prescrições do regime constitucional. É o que se chama de “núcleo duro” da Constituição. São conceitos presentes há muito na doutrina. Este núcleo é composto de normas constitucionais às quais lhes foi concedido o status de serem essenciais^{9, 10, 11, 12}.

Preceito Fundamental consiste em um parâmetro de controle a indicar os preceitos passíveis de lesão que justifiquem o processo e o julgamento da arguição de descumprimento. Direitos e garantias individuais, cláusulas pétreas, princípios sensíveis: sua interpretação, vinculação com outros princípios e garantia de eternidade. Densidade normativa ou significado específico dos princípios fundamentais. Nessa linha de entendimento, a lesão a preceito fundamental não se configurará apenas quando se verificar possível afronta a um princípio fundamental, tal como assente na ordem constitucional, mas também a disposições que confirmam densidade normativa ou significado específico a esse princípio.¹²

Como se vê, nem todas as vezes que se descumprir um preceito fundamental se estará ferindo um direito humano fundamental, mas todas as vezes que um direito fundamental da pessoa humana positivado na constituição for violado estará sendo lesado um preceito fundamental e, portanto, haverá possibilidade de se empregar a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF).

- Preceitos Fundamentais no código penal

Dignidade Humana

O princípio da dignidade humana, ou o direito à dignidade é o resultado de todos os outros direitos humanos. Desse modo, violado qualquer outro, sempre estará a dignidade do ser humano violada. É a fonte da qual irradiam valores que norteiam a formação dos princípios

relativos a todas as espécies de Direitos Humanos Fundamentais^{13, 14}. O princípio da dignidade humana é um dos preceitos alicerce do estado brasileiro:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana^{15, 16}.

O ordenamento jurídico brasileiro não impõe a qualquer mulher o dever de manter em seu ventre um feto anencefálico, porque este não tem potencialidade de vida. Haveria desrespeito ao princípio de dignidade da pessoa humana se as impusesse a manutenção da gravidez durante o tempo exigido para um parto normal.

Supraconstitucionalidade dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos

A Constituição Federal, em seu 4º artigo, inciso II, prevê que a República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelo princípio da prevalência dos direitos humanos. O parágrafo 2º do artigo 5º da Constituição Federal prevê^{12,14, 17, 21, 26, 27}:

§ 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte^{18, 19}.

Os Direitos Humanos são anteriores ao próprio Estado e as finalidades mais importantes da Constituição e do próprio Estado são a promoção da dignidade humana, ou da vida digna. As normas de Direitos Humanos são o núcleo inviolável do sistema político da democracia constitucional^{20, 21}.

Direitos Sexuais e Reprodutivos

Tomando os Direitos Sexuais e Reprodutivos sob a perspectiva de relações fundadas na igualdade de gênero e nos Direitos Humanos, este prevê o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, como forma de liberdade e autodeterminação. Neste sentido, homens e mulheres tem o direito de decidir se e quando desejam reproduzir-se²².

No que se refere ao aborto a ordem internacional recomenda aos Estados que assumam o aborto ilegal como questão prioritária e encoraja a revisão de toda a legislação punitiva de aborto, de modo a considerá-lo como questão de saúde pública.²²⁻²³.

Direito à vida

O artigo 5º da Constituição classifica como inviolável o direito à vida. Entretanto, o dispositivo não define quando tem início, ou termina, a vida. Estes são dados culturais, que envolvem outras áreas do saber, tais como medicina, a antropologia, filosofia e a teologia. Para verificar-se qual a exata medida da proteção ali expressa, é necessário um esforço interpretativo, a delimitar o conteúdo deste direito^{12,14, 17, 21, 24, 25}.

Durante a Ação de Inconstitucionalidade (ADIN) 3510, o Supremo Tribunal Federal convocou audiência pública para dialogar e receber o parecer de especialistas sobre quando seria o início da vida. O que se concluiu, nesse âmbito, é de que não há consenso – religioso ou científico – sobre o início da vida²⁷. Logo, não havendo acordo sobre quando a vida começa, não pode existir razão pública que justifique a imposição de uma data, ou conceito, para tal início e assim sendo, a consciência individual e autonomia pessoal deve ser o único meio de decidir sobre esta situação, sob pena de impor-se a crença pessoal a outros.

A anencefalia é uma situação ainda mais intrincada. De fato, o Conselho Federal de Medicina (CFM) construiu uma resolução que conceitua o anencéfalo como um natimorto cerebral – Resolução CFM

Nº 1.752/04 – equiparando-o ao paciente com morte encefálica.

Não obstante o anencéfalo possui tronco encefálico, que o possibilita respirar autonomamente, a falta das outras estruturas do encéfalo é suficiente para considerá-lo como morto vegetativo. Por esta razão que, esta situação foi a escolhida para ser levada ao judiciário, pois neste caso fica bastante claro que a defesa de uma suposta vida do feto trata-se de um argumento religioso, inclusive contrário à ciência, não sendo possível de se perpetuar em um país laico²⁸.

Nesse sentido, considerar que exista vida onde não ocorram condições mínimas de sobrevivência, ou seja, nos casos de anencefalia, é considerar a possibilidade de uma “vida” sem dignidade, sem qualidade. Precisamos possuir o direito a uma existência digna, à integridade física/corporal, isso é parte do que consideramos vida. Quando abordamos o Princípio da Qualidade da Vida (PQV), postulamos as questões relativas à equidade, à justiça, ao bem-estar geral^{29, 30}. Podemos refletir também que, ao possibilitar à mulher o direito de interromper sua gestação em casos de anencefalia, estaremos também indo ao encontro do PQV, uma vez que estaremos respeitando sua autonomia e também, protegendo a vida da gestante, propiciando-lhe qualidade e integridade física/corporal de igual forma.

Direito à Saúde

É um preceito fundamental que estaremos descumprimento nos casos de gestação de fetos anencéfalos, pois esta gestação põe em risco à vida da mulher, bem como sua saúde física e psíquica. Será que o mesmo não merece ser preservado? Será que o direito a saúde da mulher não está sendo deixado de lado? Ferindo assim a sua dignidade⁹.

A anencefalia aumenta consideravelmente os riscos do parto e da gravidez. A gestação de feto anencéfálico potencializa na gestante sintomas que estão presentes na gravidez normal, mas que acarretam risco de vida³¹. No mesmo sentido posiciona-se o médico Jorge Andalaft² ao

dizer que:

Há riscos à saúde da mulher tanto no período gestacional quanto no parto. Este é um parto muito mais complicado, com um risco aumentado na ordem de 22%. As complicações são decorrentes da própria deformidade do feto, que por não possuir a caixa craniana formada, não encaixa corretamente para o parto, então temos fetos sentados, fetos atravessados e isso é um grande risco para a vida da mulher [...]².

A mulher nesta circunstância sofre; a literatura especializada chega mesmo a comparar seu sofrimento à tortura²⁶. As gestantes passam por sofrimentos e aflições ininterruptas, estão na fronteira entre a vida e a morte, pois ao mesmo passo que sentem em seu ventre o feto se movimentar, o que é um indício de vida, precisam conviver com a certeza de sua morte e com a ideia de não criar vínculo.

Direito à Igualdade, Identidade, Tolerância e Pluralismo

O artigo 5º da Constituição Federal prevê que todos os seres humanos são iguais. Significando que quanto aos direitos fundamentais todos os seres humanos devem ser colocados em uma mesma categoria^{12,14, 17, 21, 32, 33, 34}.

A descriminalização do abortamento é necessária para que todos tenham igualdade em seus direitos fundamentais, não apenas igualdade perante a lei, mas aquela que permite que cada um e todos tenham uma vida digna com a proteção de seus direitos fundamentais¹³.

Liberdade e Autonomia da Vontade

O conceito de liberdade foi ampliado ao longo de sua afirmação histórica. No princípio, a ideia de liberdade estava vinculada à possibilidade de se fazer aquilo que não era proibido, ou seja, uma liberdade negativa. Posteriormente, liberdade deixou de ser entendida como não impedimento e passou a ter a ideia de autonomia, passando a

ser entendida como poder “dar leis a si próprios”^{35, 36}. Obrigar qualquer mulher a manutenção de uma gravidez por nove meses quando esta traz consequências diretas em seu corpo e em sua psique é suprimir-lhe a liberdade.

(2) Início da Jornada: o Supremo Tribunal Federal e a Anencefalia.

Gabriela de Oliveira Cordeiro, de 19 anos, recebeu o diagnóstico de anencefalia no quarto mês de gestação. Ela é moradora do município de Teresópolis, na região serrana do Estado do Rio de Janeiro^{4, 5, 37, 38, 39}. Em 26 de fevereiro de 2004, por um pedido de *habeas corpus* em sua defesa, faz chegar no STF esse pleito. Informada pela equipe médica sobre a situação, junto de seu marido, resolveu buscar apoio jurídico para realizar a antecipação terapêutica do parto e amenizar o sofrimento de uma gestação que, para o casal, já perdera o sentido^{4, 5, 37, 38}.

Com o apoio da Defensoria Pública de sua cidade, diante dos laudos médicos e ultrassonografias, a promotora se convenceu da importância do quadro. Em 6 de novembro de 2004, a defensora pública apresentou à Comarca de Teresópolis, o pedido de autorização para a antecipação do parto, sendo esta negada^{4, 5, 37, 39}.

Em uma instância jurídica mais alta, a promotora encaminhou a solicitação de autorização ao Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em 7 de novembro, visando derrubar a negativa do juiz. Entrou em cena a desembargadora, que concedeu a autorização e expediu o documento para que Gabriela realizasse o procedimento no dia 19 de novembro, estando Gabriela então no quarto mês gestacional^{37, 39}

Dois advogados católicos souberam da história de Gabriela, e entraram com uma petição em favor do feto no dia 21 de novembro no Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, usando de argumento a

intocabilidade da vida do feto. Foi então cassada a autorização dada pela desembargadora ao casal, que já se encontrava de malas prontas para a internação. O processo foi enviado de volta para a desembargadora com a exigência de novo julgamento para o caso^{37, 39}.

Nesse ínterim, um padre, presidente do movimento Pró-Vida da Igreja Católica, de Anápolis, interior de Goiás, entrou com um *habeas corpus* em favor do feto de Gabriela no STJ, em Brasília. Em resposta ao pedido do padre, o STJ derruba a decisão da desembargadora do Rio de Janeiro até que o tribunal julgasse o mérito da ação. No mesmo documento, indicou que enviaria uma cópia dos autos ao procurador-geral da República, na época um confesso católico e opositor do direito à antecipação do parto^{9, 37, 39}.

Em 10 de dezembro, o procurador-geral da República emitiu parecer sobre o caso, apoiando a ministra e assim à “vida” do feto. A esfera do divino apelada pelo procurador-geral da República de um Estado democrático – e laico – foi o que sustentou a tese da ilicitude do pedido de Gabriela, já no sexto mês de gestação de um feto anencéfalo; quando neste momento a justiça entre de recesso de fim de ano^{37, 39}.

Em 26 de fevereiro de 2004 as organizações não governamentais ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero e Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero entram com um pedido de *habeas corpus* em favor de Gabriela no Superior Tribunal Federal, fundamentando-se no direito à saúde, à liberdade e a dignidade de Gabriela em decidir sobre sua própria vida^{37, 39}.

Entretanto, só em 04 de março, o STF iniciou a votação sob a relatoria do Ministro Joaquim Barbosa. Mesmo o pedido entrando em pauta em tempo recorde, já era tarde, o parto de Maria Vida, o feto de Gabriela ocorreu no dia 28 de fevereiro – ou seja, cinco dias antes –, tendo Maria Vida resistido apenas sete minutos^{37, 39}.

(3) Arguição Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF)

A ADPF foi regulamentada em 1999 e agora completa o sistema de controle de constitucionalidade do Direito Nacional, pois matérias não apreciadas pela Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) e pela Ação Direta de Constitucionalidade (ADC) poderão ser confrontadas com a Constituição Federal pelo STF ^{5, 10, 11-14}. Está prevista no artigo 102 § 1º da Constituição Federal que diz:

Art. 102. Compete ao Supremo Tribunal Federal, precipuamente a guarda da Constituição, cabendo-lhe: (...) § 1º A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, decorrente desta constituição, será apreciada pelo Supremo Tribunal Federal na Forma da lei ^{12,14, 21}.

A Lei regulamentadora 9882/99 criou regras para o processo e o julgamento da ADPF, designando três hipóteses de cabimento desta ação. Duas estão dispostas no *caput* do artigo 1º ^{5, 10, 12-14, 18}: (i) Evitar lesão a preceito fundamental resultante de ato do poder público, (ii) Reparar lesão a preceito fundamental resultante de ato do Poder Público e (iii) Relevante o fundamento da controvérsia constitucional sobre lei ou ato normativo federal, estadual ou municipal, inclusive anteriores à Constituição.

A lei ainda veta expressamente a possibilidade de se fazer uso da ADPF quando há qualquer outro meio eficaz de controlar a constitucionalidade, a ADPF é vista como um instrumento a ser utilizado quando outra ação do sistema de controle abstrato-concentrado não puder ser ^{12,16, 21}.

O art.10 da Lei diferencia o conteúdo da decisão da ADPF do conteúdo das demais decisões de ADI e ADC: “Julgada a ação far-se-á comunicação (...) fixando-se as condições e o modo de interpretação e aplicação do preceito fundamental?”. Ademais, no § 3º desta lei está especificado que a decisão terá eficácia contra todos e efeito vinculante,

alcançando “os demais órgãos do Poder Público”. Isto faz com que as decisões em ADPF sejam nesse ponto mais amplas que as proferidas em ADIn ou ADC, nas quais a vinculação opera “relativamente aos demais órgãos do Poder Judiciário e à Administração Pública direta e indireta, nas esferas federal, estadual e municipal”.^{12, 16}

(4) O Julgamento de 2004

Em julho de 2004, o ministro Marco Aurélio do STF, concedeu uma liminar à Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS) onde reconhecia que gestantes possuem o direito de interromper a gestação em casos de anencefalia. A liminar dispensava a necessidade de ordem judicial específica para o abortamento desde que haja laudo atestando a anencefalia e suspende os processos criminais contra quem praticou nesses casos. Assim foi a decisão ^{9, 12, 13}:

[...] Diante da relevância do pedido e do risco de manter-se com plena eficácia o ambiente de desencontros em pronunciamentos judiciais até aqui notados, ter-se não só o sobrestamento dos processos e decisões não transitadas em julgado, como também o reconhecimento do direito constitucional da gestante de submeter-se à operação terapêutica de parto de fetos anencefálicos, a partir de laudo médico atestando a deformidade, a anomalia que atingiu o feto [...]!¹⁴

A decisão pautou-se nos preceitos constitucionais da dignidade humana, direito à saúde, liberdade e autonomia da vontade das mulheres cerceadas no direito de escolher o que fazer com seu corpo, com sua vida. Quando analisada pelo conjunto dos ministros em 20 de outubro de 2004, a liminar foi cassada por maioria. Resumidamente foram as seguintes razões que fundamentaram a decisão.

Votos a favor

Os votos pelo referendo da liminar, foram dos ministros *Marco Aurélio Melo* (relator), *Carlos Ayres Britto*, *Celso de Mello* e *Sepúlveda Pertence*.

No momento em que iria iniciar-se a votação da matéria o *Ministro Carlos Ayres de Brito* solicitou a palavra, afirmando que, devido à profundidade dos pronunciamentos feitos até então, ele havia resolvido pedir vista do processo para poder julgar com maior reflexão sobre o mérito do que estava sendo discutido. O Ministro Carlos Ayres de Brito devolveu as atas do processo após o período de vistas, seguindo o voto do relator Ministro Marco Aurélio Melo^{5, 13, 14, 40}.

O *Ministro Carlos Ayres Britto*, destacou: “O que se tem no ventre materno é algo, mas que jamais será alguém. O útero é um casulo. O feto é uma crisálida, mas que jamais chegará ao estágio de borboleta”^{36, 41}.

O *Ministro Marco Aurélio* pediu a palavra e afirmou que no dia 2 de agosto, quando o Tribunal havia decidido que não seria julgado o mérito da liminar, mas se passaria diretamente ao julgamento definitivo da própria ação, seus membros já haviam aceito a decisão liminarmente concedida, pelo que não haveria agora motivo para votar a revogação da liminar, após quatro meses desde sua entrada em vigor.^{5, 13, 14, 36, 41} O Ministro completou citando que a sua perplexidade era enorme. O pedido de vista do Ministro Carlos Ayres de Brito tinha servido para se proceder ao pedido de cassação da liminar. Mas no distrito federal, havia um promotor que concedia sistematicamente permissões para abortos em casos de anencefalia. Juízes de primeira instância de comarcas distantes também concediam permissões para abortos em casos de anencefalia. Mas agora se estava decidindo que um ministro do supremo não poderia conceder uma liminar autorizando a mesma coisa, “há aqui alguma coisa errada”, concluiu o ministro.

Os Ministros *Celso de Mello* e *Sepúlveda Pertence* apenas acompanharam os votos do Ministro Marco Aurélio e Carlos Ayres Brito.

Votos Contra

Os votos contra o referendo, cassando a liminar, foram elaborados

pelos *Ministros Eros Grau, Joaquim Barbosa, Ceçar Peluso, Gilmar Mendes, Ellen Gracie, Carlos Velloso e Nelson Jobim*. Determinando em resumo de seu conteúdo, o representado a seguir.

O *Ministro Eros Grau* sustentou que a concessão da liminar não se justificava. O que estaria gerando insegurança jurídica não era a revogação da liminar mas a própria concessão da liminar pela qual se permitia em caráter apenas provisório que se reescrevesse o próprio Código Penal, permitindo que uma terceira modalidade de aborto passasse a ser admitida ^{13, 14, 36, 38}.

Em seu voto, o *Ministro Joaquim Barbosa* afirmou que a questão era da mais alta relevância e que o próprio fato de não se ter decidido sobre o cabimento da ação fazia com que também não houvesse cabimento conceder-se uma liminar sobre o tema. Somente poderia falar-se em conceder uma cautelar se primeiro estivesse plenamente assegurado que o tribunal tivesse atribuições para pronunciar-se sobre o mérito da matéria^{13, 14, 42, 43}.

O *Ministro Ceçar Peluso* disse que para dar-se uma sentença provisória deveria haver uma alta probabilidade da existência do direito a ser concedido: "Não bastaria uma probabilidade, seria necessária uma altíssima probabilidade, que por muitas razões não era evidente na causa em questão"^{13, 14, 36, 38} O fato de que o bebê anencéfalo seja um condenado à morte não me convence, argumentou o Ministro Peluso e continuou:

Todos nós somos condenados à morte. O tempo em que esta morte virá é que não pode estar à disposição dos demais indivíduos. Em direito são as coisas que são objetos da disposição alheia. Se fazemos com que o momento da morte do bebê anencéfalo seja objeto da disposição alheia estamos transformando o anencéfalo em coisa. Porém o fato é que o direito brasileiro não trata os nascituros como coisas, porque manifestamente contém disposições para tutelar-lhes a vida ³⁸.

Por estes, e por outros motivos, o Ministro Peluso afirmava pensar que a causa não tinha grande probabilidade e, portanto, não se lhe podia

confirmar a liminar.

O *Ministro Gilmar Mendes* considerou que a decisão neste processo traria uma mudança muito grande no sistema penal, e que, portanto, necessitava de maior discussão, não sendo possível conceder-se em medida cautelar.

A *Ministra Hellen Grace* votou dizendo que, pelo fato de que o Tribunal não tem opinião formada sobre a admissibilidade da ação, não poderia confirmar a liminar do Ministro Marco Aurélio.

O *Ministro Carlos Veloso* ressaltou a inconveniência em se confirmar a liminar se viesse a ocorrer, daí a pouco tempo, que o Tribunal reconhecesse que não haveria cabimento para a ação proposta. O *Ministro Nelson Jobim* apenas acompanhou aos outros.

(5) Julgamento do mérito da ADPF 54 no dia 11 de abril de 2012

Este julgamento teve início com algumas alterações na composição da plenária do STF, em comparação ao julgamento da liminar em 2004, como pode-se notar no quadro 1.

Quadro 1: Mudanças na Composição Plenária do Supremo Tribunal Federal 2004 e 2012

Composição Plenária do Supremo Tribunal Federal 2004 e 2012	
Composição Plenária do Supremo Tribunal Federal 2004	Composição Plenária do Supremo Tribunal Federal 2012
Ministro Gilmar Mendes	Ministro Gilmar Mendes
Ministro Marco Aurélio Melo	Ministro Marco Aurélio Melo
Ministro Ellen Gracie*	Ministro Rosa Weber**
Ministro Carlos Velloso*	Ministro Luiz Fux**
Ministro Nelson Jobim*	Ministro Cármen Lúcia**
Ministro Cezar Peluso	Ministro Presidente da corte Cezar Peluso
Ministro Joaquim Barbosa	Ministro Joaquim Barbosa
Ministro Eros Grau*	Ministro Ricardo Lewandowski**
Ministro Sepúlveda Pertence*	Ministro Dias Toffoli***
Ministro Celso de Mello	Ministro Celso de Mello
Ministro Carlos Ayres Britto	Ministro Carlos Ayres Britto

*Ministros que só participaram com voto em 2004; ** Ministros que só participaram com

voto em 2012; ***Ministro fez parte da composição plenária do supremo tribunal Federal de 2012 – porém impedido de votar por ter participado do processo como advogado geral da União em 2004.

Relator da ação, proposta em 2004 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS), o ministro Marco Aurélio Mello votou a favor da descriminalização do aborto em casos de anencefalia. O ministro defendeu que é inconstitucional a interpretação segundo a qual interromper a gravidez de feto anencéfalo é crime previsto no Código Penal. Os ministros Rosa Weber, Joaquim Barbosa, Luiz Fux, Cármen Lúcia, Ayres Britto, Gilmar Mendes e Celso de Mello acompanharam o relator. Ricardo Lewandowski e o presidente da corte, ministro Cezar Peluso, votaram contra a liberação^{36,38}.

O *Ministro Dias Toffoli* se declarou impedido de participar do julgamento por ter participado do processo enquanto era advogado-geral da União e ter emitido parecer a favor da legalidade da interrupção da gravidez nos casos de fetos sem cérebro³⁸.

Votos a Favor

O *Ministro Marco Aurélio*, relator da ADPF 54, votou pela possibilidade legal de interromper gravidez de mulheres gestantes em casos de anencefalia. O ministro considerou procedente o pedido feito pela CNTS, para declarar inconstitucional a interpretação dada aos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal que criminaliza a antecipação terapêutica de parto nos casos de anencefalia. Reforçou o caráter laico do Estado brasileiro, ressaltando que a questão discutida no processo não pode ser examinada sob os influxos de concepções morais e religiosas, pois estas não podem guiar as decisões estatais^{35,36,38}

A *Ministra Rosa Weber* votou a favor da descriminalização do aborto em casos de gravidez de fetos anencéfalos, seguindo o voto do relator. Segundo ela, a manutenção da gravidez “viola o direito fundamental da gestante, já que não há direito à vida nesses casos”.

O *Ministro Joaquim Barbosa* não fez a leitura de seu voto e antecipou sua decisão, mas se manifestou no sentido de acompanhar o voto favorável do relator.

O *Ministro Luiz Fux* foi o quarto a dar seu voto a favor da interrupção da gravidez. Argumentou não ser justo condenar uma mulher à prisão por decidir interromper a gravidez de um feto com quase nenhuma chance de sobrevivência. *“É justo colocar essa mulher no banco do júri como se fosse a praticante de um delito contra a vida? Por que punir essa mulher que já padece de uma tragédia humana?”*, indagou. *“O aborto é uma questão de saúde pública, não do direito penal”*, acrescentou.

A *Ministra Cármen Lúcia* foi a quinta a proferir o voto. *“É a escolha do possível dentro de uma situação extremamente dolorosa. Quando se faz uma escolha dessa, não é fácil, é uma escolha trágica sempre”*, disse.

O *Ministro Ayres Britto* proferiu o sexto voto favorável à possibilidade de interrupção da gestação de anencéfalo. O mesmo destacou que *“Se os homens engravidassem, a interrupção da gravidez de anencéfalo estaria autorizada desde sempre”*.

O *Ministro Gilmar Mendes*, seguindo o voto da maioria do plenário, votou a favor da interrupção da gravidez em caso de gestação de anencéfalo, citando que, dos 194 países vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), 94 permitem o aborto quando verificada a ausência parcial ou total do cérebro.

O *Ministro Celso de Mello*, penúltimo a proferir seu voto, reiterou que a decisão dos ministros não autoriza práticas abortivas. *“A morte do feto vivo tem que ser resultado direto e imediato das manobras abortivas. A interrupção da gravidez em decorrência da anencefalia não satisfaz esses elementos (...) é atípica e não pode ser taxada de aborto, criminoso ou não”*, disse³⁵.

O que se observou foi o argumento presente com relação a dignidade da pessoa humana à liberdade no campo sexual, à autonomia, à privacidade, à saúde e à integridade física:

Obrigar a mulher a manter a gravidez apenas com esse propósito, seria tratá-la a partir de uma perspectiva utilitarista, de instrumento de geração de órgãos para doação, o que também fere o princípio da dignidade da pessoa humana. Não há que se falar em direito à vida ou garantias do indivíduo quando se trata de um ser natimorto, com possibilidade quase nula de sobreviver por mais de 24 horas. Mesmo que fosse aceita a tese de que haveria o direito à vida dos anencéfalos, seria inadmissível que o direito à vida de um feto que não tem chances de sobreviver prevaleça em detrimento das garantias à dignidade da pessoa humana, à liberdade no campo sexual, à autonomia, à privacidade, à saúde e à integridade física, psicológica e moral da mãe, todas previstas na Constituição^{9, 35}.

Votos Contra

O *Ministro Ricardo Lewandowski* foi o primeiro a se posicionar contra a descriminalização do aborto em casos de gravidez de fetos anencéfalos. Ele afirmou que qualquer decisão envolvendo tema de tamanha relevância e complexidade deve ser precedida de um amplo debate público e submetida ao crivo do Congresso Nacional (CN). Ele também disse que já há dois projetos de lei em tramitação no CN a respeito da interrupção da gestação nesses casos: um, na Câmara, e outro, no Senado^{35, 38}.

O *Ministro Cezar Peluso*, que preside a corte, foi o último a dar seu voto. Ele justificou a decisão contrária à descriminalização do aborto em casos de fetos anencéfalos dizendo que a vida humana não pode ser “relativizada” segundo “escala cruel” para definir quem tem ou não direito a ela. “*O feto anencéfalo tem vida e, ainda que breve, sua vida é constitucionalmente protegida*”^{35, 38}.

(6) O que mudou de 2004 para 2012?

A apreciação do STF, na qual se deliberou ser constitucional a interrupção da gestação em caso de fetos anencéfalos, foi tratado como um julgamento, com dimensões e argumentos abissais, não só porque era de extrema importância para o país, para a sociedade e para a legislação brasileira, mas porque ele movimentou uma questão que - como citado - foi abordada em determinados momentos, utilizando-se argumentos de

origem religiosa. Ademais a interrupção da gestação aprovada pelo STF apresenta a questão da legitimidade-legalidade^{9,41}, na qual a Constituição Federal resguarda a vida humana e regulamenta o Código penal, onde encontramos situações em que o abortamento é permitido, no entanto em casos de anencefalia, ainda não havia nenhuma jurisprudência que tratasse sobre o caso, portanto provocando essa dúvida se é ou não legal.

O que podemos apontar que mudou, é que a partir de 2012 passou-se a se discutir a legitimidade da situação, de modo a se proceder uma análise maior da situação e das relações sociais em que se envolvia a anencefalia e a interrupção da gestação do feto anencéfalo. Foi possível levar um país a refletir sobre questões como o risco da gravidez para a mãe, a curta ou inexistente vida do feto, se o feto é vida consciente e o potencial de vida do mesmo. Desta feita, a legitimidade da interrupção da gestação em casos de gravidez de feto anencéfalo demonstrou-se maior, mais importante e melhor para a sociedade do que a não legalidade do mesmo até então, fazendo com que o Supremo Tribunal Federal decidisse a favor desta situação em casos de anencefalia^{9,14, 15, 17, 42}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, é imperativo que se faça uma ponderação a respeito do que se construiu na linha histórica sobre esta temática, sendo assim reforçamos que, a possibilidade de ter realizado a descrição dos fatos aqui relatados, nos trouxe a oportunidade de realizar uma análise teórica das decisões do Supremo Tribunal Federal, onde a deliberação final foi a da opção em se descaracterizar como crime a interrupção da gestação em casos de anencefalia, fato este que nos possibilitou observar como ocorreu o desenvolvimento do direito e da consciência crítica do País sobre a interrupção da gestação.

O Direito se entrelaçou em âmbitos fora de sua esfera para chegar

a suas repostas. Para isso foi necessário uma interação entre campos externos a este, para que assim pudesse manter uma linha de argumentação e conseguisse chegar onde foi a melhor solução, e ao mesmo tempo realizou um esforço hercúleo para banir tudo o que não era de sua esfera para chegar ao mesmo objetivo, mantendo-se assim uma consonância com a sociedade, gerando – o que se esperava quando se possui prudência e consciência – a segurança jurídica e o bom senso .

O parecer favorável à interrupção da gestação, com a possibilidade de se realizar a antecipação terapêutica do parto em casos de anencefalia, propiciará à mulher que vivencia estes casos a possibilidade de escolha e do exercício de sua autonomia e também proporcionará ao profissional médico um arcabouço legal favorável a sua tomada de decisão para realizar o seu ofício.

Encerramos esta reflexão teórica-histórica-bibliográfica com a transcrição do pronunciamento realizado pelo relator da ADPF-54, ministro Marco Aurélio, que reafirmou o imperativo de se diferenciar, no âmbito jurídico-constitucional, o abortamento da antecipação terapêutica do parto:

[...] para não haver dúvida, faz-se imprescindível que se delimite o objeto sob exame. Na inicial, pede-se a declaração de inconstitucionalidade, com eficácia para todos e efeito vinculante, da interpretação dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal (Decreto-lei nº 2.848/40), que impeça a antecipação terapêutica do parto na hipótese de gravidez de feto anencéfalo, previamente diagnosticada por profissional habilitado[...] pretende-se o reconhecimento do direito da gestante de submeter-se ao citado procedimento sem estar compelida a apresentar autorização judicial ou qualquer outra forma de permissão do Estado. Destaco a alusão feita pela própria arguente ao fato de não se postular a proclamação de inconstitucionalidade abstrata dos tipos penais, o que os retiraria do sistema jurídico. Busca-se tão somente que os referidos enunciados sejam interpretados conforme a Constituição. Dessa maneira, mostra-se inteiramente despropositado veicular que o Supremo examinará, neste caso, a descriminalização do aborto, especialmente porque, consoante se observará, existe distinção entre aborto e antecipação terapêutica do parto⁴².

Desta feita observamos que a alteração do argumento por parte do

relator foi de extrema eficácia, pois ao considerar que a interrupção da gravidez, nos casos de anencefalia, antecipa o momento oportuno do parto, oferecendo-se um fim apropriado e natural da gestação trazem maior conforto tanto aos médicos quanto as mulheres, mas com maior amplitude e poder de resolução da situação, traz a possibilidade de descriminalizar um ato – uma escolha.

REFERÊNCIAS

1. ESTEVES APVS; RODRIGUES TP; AMIM JUNIOR J; GONÇALVES, AFS; BASES BIOLÓGICAS, ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E ASPECTOS ÉTICOS DA ANENCEFALIA: UMA PERSPECTIVA BRASILEIRA. NEUROSCIENCE JOURNAL — AN OPEN ACCESS JOURNAL. 2015 (SUBMETIDO)
2. ANDALAFT NETO, JORGE. ANENCEFALIA: POSIÇÃO DA FEBRASGO. DISPONÍVEL EM: ACESSO EM: 28 DE SETEMBRO DE 2021.
3. MANSFIELD C, HOPFER S, MARTEAU TM. TERMINATION RATES AFTER PRENATAL DIAGNOSIS OF DOWN SYNDROME, SPINA BIFIDA, ANENCEPHALY, AND TURNER AND KLINEFELTER SYNDROMES: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. EUROPEAN CONCERTED ACTION: DADA (DECISION-MAKING AFTER THE DIAGNOSIS OF A FETAL ABNORMALITY). PRENATAL DIAGNOSIS. 1999 SEP;19(9):808-12. PUBMED PMID: 10521836.
4. CAMERON M, MORAN P. PRENATAL SCREENING AND DIAGNOSIS OF NEURAL TUBE DEFECTS. PRENATAL DIAGNOSIS. 2009 APR;29(4):402-11. PUBMED PMID: 19301349.
5. ADPF 54, REL. MIN. MARCO AURÉLIO, DECISÃO MONOCRÁTICA, JULGAMENTO EM 31-7-08, DJE DE 14 DE OUT. DE 2008.
6. MINAYO, M. C. S. (ORG.). PESQUISA SOCIAL: TEORIA, MÉTODO E CRIATIVIDADE. PETRÓPOLIS: VOZES, 2001.
7. TRIVIÑOS, A. N. S. INTRODUÇÃO À PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS: A PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO. SÃO PAULO: ATLAS, 1987.
8. FONSECA, J. J. S. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA. FORTALEZA: UEC, 2002. APOSTILA P. 32.
9. 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.

10. ANDALAF, JORGE. DOUTOR EU NÃO SABIA. IMAGENS LIVRES. 30 MIN. 2004.
11. BRASIL. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE - CNTS. ANENCEFALIA: CNTS E SUPREMO ASSEGURAM DIGNIDADE E AUTONOMIA ÀS MULHERES. BRASÍLIA; 2012.
12. AMOROSO, TAMARA GONÇALVES. ABORTO E RELIGIÃO NOS TRIBUNAIS BRASILEIROS. SÃO PAULO: INSTITUTO PARA A PROMOÇÃO DA IGUALDADE, 2008.
13. BARROSO, L. R. (2004). PETIÇÃO INICIAL NA ADPF 54. ACESSO EM 10 DE 01 DE 2015, DISPONÍVEL EM STF: WWW.STF.JUS.BR.
14. BARROSO, M. G. ADPF 54 E ANENCEFALIA, QUESTÕES ÉTICAS, MEDICAS E LEGAIS. 2011.
15. BARROSO, M. G. ABORTO NO PODER JUDICIÁRIO: O CASO DA ADPF 54. [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO]. SÃO PAULO: FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FACULDADE DE DIREITO, 2010.
16. SARLET, INGO WOLFGANG. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. REVISTA DIÁLOGO JURÍDICO. ANO I. VOL. 1. NÚMERO 1. SALVADOR: ABRIL DE 2001, p. 02.
17. TAVARES, ANDRÉ RAMOS. REPENSANDO A ADPF NO COMPLEXO MODELO BRASILEIRO DE CONTROLE DA CONSTITUCIONALIDADE. IN. LEITURAS COMPLEMENTARES DE DIREITO CONSTITUCIONAL: CONTROLE DE CONSTITUCIONAL. PP. 52-72. JUS.PODIVM: SALVADOR, 2007, p. 67.
18. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. (S.D.). LEI 9882/99 ANOTADA. ACESSO EM 02 DE 09 DE 2021, DISPONÍVEL EM STF: [HTTP://WWW.STF.JUS.BR/PORTAL/LEGISLACAOANOTADAADIADC/ADPF/VERLEGISLACAO.ASP?LEI=1](http://www.stf.jus.br/portal/legislacao/ANOTADA/ADIADC/ADPF/VERLEGISLACAO.ASP?LEI=1).
19. VOTO DO MINISTRO GILMAR MENDES NO JULGAMENTO SOBRE O CABIMENTO DA ADPF 54. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.STF.JUS.BR/PORTAL/CMS/VERNOTICIADETALHE.ASP?IDCONTEUDO=204863&CAIXABUSCA=N](http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204863&caixaBusca=N). ACESSO EM 15/09/2021.
20. SILVA, JOSÉ AFONSO DA. CURSO DE DIREITO CONSTITUCIONAL POSITIVO. MALHEIROS: SÃO PAULO, 2001. p. 561.
21. BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. BRASÍLIA, DF: SENADO FEDERAL, 1988.
22. FRANCISCO, JOSÉ CARLOS. DIREITO CONSTITUCIONAL I. CURSO FMB, MÓDULO II, p. 8.

23. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: PERGUNTAS E RESPOSTAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. SÉRIE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS - CADERNO Nº 3. BRASÍLIA – DF, 2006.
24. PIOVESAN, FLÁVIA. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: ABORTO INSEGURO COMO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS IN NOS LIMITES DA VIDA: ABORTO, CLONAGEM HUMANA E EUTANÁSIA SOB A PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS. RIO DE JANEIRO: LUMEN JURIS, 2007 p. 60.
25. BOBBIO, NORBERTO, 1909. A ERA DOS DIREITOS. RIO DE JANEIRO: CAMPOS, 1992 15º TIRAGEM.
26. LAFER, CELSO. VARIAÇÕES SOBRE DIREITOS HUMANOS. O ESTADO DE S. PAULO - 18 DE MARÇO DE 2007.
27. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.752/04 (PUBLICADA NO D.O.U. 13.09.04, SEÇÃO I, P. 140).
28. GOLLOP, THOMAZ RAFAEL. ABORTAMENTO POR ANOMALIA FETAL. IN EM DEFESA DA VIDA: ABORTO E DIREITOS HUMANOS. CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR: SÃO PAULO, 2006.
29. COMPARATO, FÁBIO KONDER. FUNDAMENTO DOS DIREITOS HUMANOS: A NOÇÃO JURÍDICA DE FUNDAMENTO E SUA IMPORTÂNCIA EM MATÉRIA DE DIREITOS HUMANOS. REVISTA CONSULEX. ANO IV – Nº 48 – DEZEMBRO DE 2000. PP. 55.
30. MORI, M. LA BIOÉTICA: LA RISPOSTA DELLA CULTURA CONTEMPORÂNEA ALLE QUESTIONI RELATIVE ALLA VITA. EM TEORIA ETICHE CONTEMPORANEE. G.A. VIANO, ORG. TURIM, BOLLATI-BORINGHERI, PP. 186-224.
31. TESSARO, ANELISE. ABORTO SELETIVO: DESCRIMINALIZAÇÃO & AVANÇOS TECNOLÓGICOS DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA. 1º EDIÇÃO. CURITIBA: JURUÁ, 2006.
32. DINIZ, DÉBORA. QUANDO A JUSTIÇA TORTURA AS MULHERES IN ENSAIOS: BIOÉTICA. BRASÍLIA: LETRAS LIVRES, 2006.
33. SÁ, MARIA DE FÁTIMA FREIRE DE – AUTORA E COORDENADORA – BIODIREITO, BELO HORIZONTE: DEL REY, 2002 p.111.
34. AMORIM, FILIPO BRUNO SILVA. ADI DAS CÉLULAS-TRONCO: ATUAÇÃO DA AGU. JUS NAVIGANDI, TERESINA, ANO 17, N. 3402, 24 OUT. 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTP://JUS.COM.BR/ARTIGOS/22877](http://jus.com.br/artigos/22877) . ACESSO EM: 15 SET. 2021.
35. BARROS, S. R. (S.D.). INCONSTITUCIONALIDADE DAS LEIS 9.869/99 E 9.882/99. REVISTA DIREITO MACKENZIE - Nº2 - ANO 1, 2003.
36. VOTOS DOS MINISTROS DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL A RESPEITO DA LIMINAR CONCEDIDA PELO MINISTRO MARCO

AURÉLIO

HTTP://WWW.STF.JUS.BR/NOTICIAS/IMPrensa/ULTIMAS/LER.ASP?CODIGO=110381&TIP=UN&PARAM=ADPF%2054. ACESSO EM: 25 DE SET. DE 2021.

37. BRASIL. ANIS: INSTITUTO DE BIOÉTICA, DIREITOS HUMANOS E GÊNERO (ORG.). ANENCEFALIA: O PENSAMENTO BRASILEIRO EM SUA PLURALIDADE. BRASÍLIA: EDITORA LETRAS LIVRES, 2004.
38. CENTRO DE BIOÉTICA - CREMESP. CAI LIMINAR SOBRE ANENCEFALIA [INTERNET]. SÃO PAULO: CREMESP. [ATUALIZADO EM 21 DE OUT. 2004]. ACESSO EM: 15 DE SET. DE 2021. DISPONÍVEL EM:
HTTP://WWW.BIOETICA.ORG.BR/?SITEACAO=NOTICIAS&ID=475.
39. DINIZ, DÉBORA. ANENCEFALIA: O PENSAMENTO BRASILEIRO EM SUA PLURALIDADE. BRASÍLIA: ANIS, 2004. P. 100
40. SANTOS, BOAVENTURA DE SOUZA. RECONHECER PARA LIBERTAR: OS CAMINHOS DO COSMOPOLITISMO MULTICULTURAL. RIO DE JANEIRO: CIVILIZAÇÃO BRASILEIRA, 2003. PP 458.
41. DINIZ, MARIA HELENA. O ESTADO DO BIODIREITO. 5ª ED., SÃO PAULO: EDITORA SARAIVA, 2008. P. 51.
42. BORGES, SUYANE MACHADO. A QUESTÃO DA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ DE FETO ANENCÉFALO NO STF – UMA ANÁLISE DA ADPF 54. REVISTA DE DIREITO DOS MONITORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, [S.L.], N. 12, P. 101-114, SEP. 2012.
43. BLAY, EVA ALTERNAM. ASSASSINATO DE MULHERES. SÃO PAULO: EDITORA 34, 2008.
44. WEIS, CARLOS. DIREITOS HUMANOS CONTEMPORÂNEOS. SÃO PAULO: MALHEIROS, 2006.

FISIOTERAPIA E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: Existem Aspectos Bioéticos Envolvidos Nessa Relação?*

*Fabiola Alves Alcântara
Engênio Silva*

INTRODUÇÃO

A Inteligência Artificial (IA) ganhou espaço em diversos setores nos últimos anos. No campo da saúde, emergiu com resultados promissores, por meio de sistemas baseados em aprendizagem de máquina¹ e pela utilidade no enfrentamento da atual pandemia de COVID-19². A IA segue metamorfoseando a sociedade e a vida humana, seja através da sua utilização em cirurgias robóticas, automação – industrial, financeira, bancária – ou em veículos autônomos, além de tantas outras funções³.

IA envolve várias etapas ou competências como reconhecer padrões e imagens, entender linguagem aberta escrita e falada, perceber relações e nexos, seguir algoritmos de decisão propostos por especialistas, ser capaz de entender conceitos e não apenas processar dados, adquirir “raciocínios” pela capacidade de integrar novas experiências e, pois, se auto aperfeiçoar (“self learning”), resolvendo problemas, ou realizando tarefas⁴.

A ampliação de horizonte produzida pela IA tem reverberado nos mais variados setores da medicina (clínica, cirurgia, adiologia, patologia, oncologia, dentre outros), em especial como apoio nas decisões de tratamentos médicos e cirúrgicos⁵. Davenport e Kalakota⁶ discutem em seu artigo o potencial da IA em saúde e destacam a Aprendizagem de Máquina (AM), Redes Neurais Artificiais (RNAs) e o aprendizado

*Esse texto compõe parte da tese de doutorado em elaboração, a ser apresentado ao Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

profundo (*deep learning*) como os tipos de IA mais importantes para a saúde.

A utilização da IA aplicada na área da saúde, de acordo com Motta⁷, otimiza a assistência e os diagnósticos, principalmente na Clínica e na Saúde Pública, colaborando no auxílio à tomada de decisão, organização e oferta dos serviços de saúde. Hamlet e Tremblay⁸ diferenciam a IA aplicada ao ramo da saúde em dois eixos: virtual e físico. O eixo virtual segue relacionado ao controle dos sistemas gerenciais de saúde e à tomada de decisões orientada por RNAs** (salientando, que poderá também, ser realizada por outras técnicas de IA), e o eixo físico, se refere a robôs direcionados ao auxílio de pacientes e profissionais⁹.

A IA e os modelos computacionais baseados em AM têm sido bastante utilizados como preditores na prática em saúde. No Brasil, foi criado o primeiro robô cognitivo do mundo, Laura, que aprende e procura sinais sepse (infecção grave) nos prontuários dos pacientes internados no hospital; caso encontre alterações sugestivas, emite informação para a equipe assistente a fim de minimizar complicações e o risco de óbito dos pacientes. Através de técnicas de AM, associadas à computação cognitiva, Jacson Fressatto, após perder sua filha Laura por sepse, construiu um robô para evitar em 5% a taxa de letalidade de mais enfermos por sepse¹⁰.

Neste sentido, Oku *et al.*¹¹ utilizaram uma combinação de AM e teoria dos grafos para elaborar redes preditivas aplicadas aos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Estudante (PenSE 2015) para identificar fatores potenciais de desigualdade social, violência e desnutrição nos adolescentes brasileiros. Kilic¹² percebeu que está sendo aplicadas na

** “São sistemas computacionais distribuídos compostos de unidades de processamento simples, densamente interconectadas. Essas unidades, conhecidas como neurônios artificiais, computam funções matemáticas. As unidades são dispostas em uma ou mais camadas e interligadas por um grande número de conexões. Essas conexões, simulam sinapses biológicas”. Cf. Faceli K, Lorena AC, Gama J, Carvalho AC. Inteligência Artificial: Uma abordagem de Aprendizagem de Máquina. Rio de Janeiro: LTC, 2021, p. 109.

interpretação de radiografias de tórax, eletrocardiogramas, ecocardiogramas, angiografia, identificação de pacientes com insuficiência cardíaca precoce e prevenção da mortalidade ou de complicações após procedimentos cardiovasculares percutâneos ou cirúrgicos.

Nesta mesma lógica, Storick *et al.*¹³ realizaram uma revisão sistemática na literatura e verificaram que os estudos relacionados com AM e Cuidados Paliativos tratam principalmente sobre previsão de mortalidade dos doentes. Avati *et al.*¹⁴ treinaram uma rede neural profunda a partir dos dados do Registro Eletrônico de Saúde (Stanford), com objetivo de prever a mortalidade de pacientes no período de 3 a 12 meses, identificando os doentes que poderiam ter algum benefício ao serem encaminhados para os cuidados paliativos.

Diante dos diferentes estudos já publicados – e de outros mais que estão por vir –, se faz notória a importância da IA na saúde, tanto para otimização de processos quanto para a colaboração nos processos decisórios. Atualmente, elaborar sistemas baseados na tomada de decisão humana vem sendo um importante desafio para a IA e o seu uso está bastante relacionado ao campo da saúde, apresentando o quão extensa e dinâmica podem ser as suas aplicações¹⁵.

Para tomar decisão, o profissional deve utilizar conhecimentos complexos e relacioná-los à prática clínica. Os resultados dessa decisão profissional podem ser expostos com imprecisão e, muitas vezes, isso pode ocorrer devido à urgência da resposta, impedindo um acesso ou pesquisa a uma base de conhecimento para auxílio. Considerando as variadas indefinições encontradas no meio clínico, as ferramentas computacionais elaboradas especificamente para uma área de domínio, podem auxiliar no processo de tomada de decisão clínica¹⁶. No campo da saúde, os modelos computacionais de apoio à decisão vêm se mostrando com boas potencialidades^{17,18}.

Basicamente, duas grandes áreas são de interesse nesse processo: o primeiro é o desenvolvimento e o processamento de informações em várias áreas da saúde, abrangendo o uso de modelos estatísticos, matemáticos e computacionalmente inteligentes sob uma ótica de suporte à tomada de decisão, desenvolvendo aplicativos que orientem o tomador de decisões nesse processo. O segundo é a própria aplicação desses modelos em casos e situações próprios da área de Saúde, nas quais há a necessidade de tomada de decisão sobre informações e/ou dados, sejam eles qualitativos ou quantitativos, tanto em formas inovativas no lidar com os pacientes, quanto na própria gestão em Saúde e seus processos particulares¹⁹.

Como membro integrante de uma equipe de saúde, o fisioterapeuta, em sua vivência clínica, necessita tomar decisões durante a sua atuação, fazendo-se necessária capacidade técnico-científica para realizá-la²⁰. Em seu estudo Vincent, Opal e Marshal²¹ sugeriram que ferramentas tecnológicas que possam auxiliar na tomada de decisão clínica devem ser utilizadas à beira leito.

A cada ato da vida, seja pessoal ou profissional há uma consequência, e a cada decisão tomada, um resultado. Portanto, a responsabilidade de saber tomar decisões é imensa no âmbito profissional, e é primordial para o exercício efetivo da profissão²².

Os sistemas de suporte à decisão por meio da IA colaboram, sugerindo uma orientação com maior probabilidade para sucesso. Entretanto, a decisão sempre será do profissional. Em vista disso, pretende-se discorrer brevemente, neste ensaio, sobre algumas aplicações da IA no campo da fisioterapia e em seguida, descrever os principais fatores bioéticos envolvidos na relação entre Fisioterapia e Inteligência Artificial.

UTILIZAÇÃO DE ARTEFATOS INTELIGENTES PELA FISIOTERAPIA

Dentre as diversas definições concebidas à IA, Elaine Rich²³ trouxe, em 1998, um conceito bastante interessante, definindo-a como

área de conhecimento que se baseia na elaboração de sistemas com capacidade de executar atividades em que as pessoas no momento são melhores. Para a criação desses sistemas, a IA faz uso de várias técnicas, e uma delas é a AM, que simploriamente falando, refere-se à predição e ao diagnóstico de situações através da utilização de algoritmos que aprendem a partir de exemplos de situações semelhantes.

Mesmo os melhores algoritmos não conseguem pensar, sentir, apresentar qualquer forma de autoconhecimento ou exercitar o livre-arbítrio. O que o aprendizado de máquina pode fazer é realizar análise preditiva bem mais rápido que qualquer ser humano. Como resultado, ela ajuda as pessoas a trabalhar de forma mais eficiente. Então o estado atual da Inteligência Artificial é fazer análise, mas os seres humanos ainda precisam considerar as implicações dessa análise – tomando as decisões éticas e morais necessárias²⁴.

A AM pode realizar tarefas preditivas (*classificação* ou *regressão*) ou descritivas (*agrupamento*, *associação* ou *sumarização*)^{***}. Cada uma dessas tarefas tem características e aplicabilidades específicas. No presente capítulo, serão referenciados apenas estudos que utilizaram técnicas de predição. Diante do que foi exposto anteriormente, surge uma pergunta: O que seria um computador inteligente?

A IA pode ser dividida em dois formatos, conforme a proposição de Searle²⁵: a *IA forte*, que designa a máquina como um aparato que realmente compreende o que está se passando, podendo estar incluídas sensações, criações e sentimentos emotivos; e a *IA fraca*, quando a máquina serve apenas para desempenhar atividades e resolver problemas específicos orientados durante o seu treinamento.

Alan Turing, mais conhecido como o “pai da computação”, elaborou em 1950 um jogo denominado “Jogo da Imitação” que envolvia

^{***} Tarefas preditivas de classificação estão relacionadas a organização dos dados de acordo com a classe, já a regressão, os dados são contínuos. Nas tarefas descritivas de agrupamento, os dados são agrupados por semelhança; na associação, descobrir padrões nos dados; e na sumarização, compactá-los. In: Faceli K, Lorena AC, Gama J, Carvalho AC. Inteligência Artificial: Uma abordagem de Aprendizagem de Máquina. Rio de Janeiro: LTC, 2021.

a participação de dois humanos e um computador. Um dos humanos seria o responsável por elaborar perguntas e encaminhá-las ao outro humano e ao computador, sem saber quem é um e quem é outro. Em seguida, caberia ao humano que elaborou as perguntas, receber as respostas e tentar identificar se foram emitidas pelo outro humano ou pelo computador. A cada resposta da máquina que o humano não descobrisse que fosse dela (máquina), o computador seguiria evoluindo e aprendendo cada vez mais. Esse teste foi publicado em “*Computing Machinery and Intelligence*” e até hoje é utilizado para explicar diversas conduções relacionadas a computadores, sistemas e IA²⁶. Pode-se concluir que esse experimento demonstra o que seria um computador inteligente?

Os computadores inteligentes estão limitados a algumas características que são exclusivamente humanas, mesmo que exista a substituição de atividades, na maioria das vezes, se faz necessário um indivíduo especializado para a sua aplicabilidade. Diante disso, a decisão final passará pelo profissional, ou seja, o fisioterapeuta. Diversos aplicativos estão disponíveis, tanto para a otimização da avaliação, gestão ou acompanhamento, a seguir apresenta-se uma pequena lista com alguns aplicativos (baseados ou não em IA) já existentes para uso do profissional de Fisioterapia²⁷:

- *Avaliação do Idoso* - Realiza avaliação e auxilia nas decisões voltadas ao idoso;
- *Check Your Motion* – Aplicativo para testar os movimentos;
- *Clinometer* – Relacionado com a flexibilidade humana;
- *Crefito Mobile* – Ferramenta que disponibiliza diversas informações relacionadas ao CREFITO – 4;
- *Exames cognitivos* – Colabora para a aplicação de testes cognitivos;
- *Fisio Avalia* – Artefato que dispõe do prontuário em PDF;
- *Fisio Go* – Otimiza a prescrição de órteses e próteses além da

requisição de exames;

- Hidector, Iclinic, Shosp e Vitta – Utilizados para a gestão de clínicas;
- HUDDL Technique – Possibilita analisar por diversos ângulos vídeos esportivos;
- Lalgo – Empregado para avaliar a dor;
- Locus Prime – Ferramenta para gerir negócios;
- OrtoScores e Physiotherapy Questionnaires – Plataforma de questionários funcionais;
- Phast – Aparato para avaliação fisioterapêutica;
- PhysioCode Posture – Auxilia para a realização de avaliação postural.

Um ponto que vem ganhando destaque dentro do meio tecnológico “inteligente” é o cuidado com os idosos, visto que, a população segue envelhecendo e muitos lares/institutos/casas de idosos às vezes não dispõem de boas estadias para esse momento da vida. Com isso, os robôs – dotados de IA – aparecem como uma opção bastante útil, pois esses cuidados podem ser realizados dentro dos seus próprios ambientes domiciliares²⁸ corroborando com Meng *et al.*²⁹, que acrescenta o seu uso também para indivíduos com deficiências motoras importantes. Na mesma lógica, Pessoa³⁰ elaborou um artefato de software inteligente para apoiar a tomada de decisão clínica do fisioterapeuta frente ao cuidado com idosos. Construiu o aparato a partir da modelagem baseada em regras e, como resultado, observou que a ferramenta é de fundamental importância para o sistema ensino-aprendizagem, além de colaborar para uma visão mais cuidadosa e integrada, permitindo amplo apoio ao fisioterapeuta, no quesito tomada de decisão.

Ponciano³¹ estudou a utilização de sensores para mapear doenças cardíacas e do sistema nervoso e, de modo a correlacioná-las com as características apresentadas pelos indivíduos durante a execução do teste funcional *Time-Up and Go*. Essa pesquisa foi aplicada em idosos

institucionalizados e concluiu que o uso dessa tecnologia poderá servir para auxiliar os profissionais no diagnóstico e tratamento das enfermidades. Macedo³² utilizou o *chatbot* para os fisioterapeutas da atenção primária em saúde realizarem teleconsultoria, com isso, otimizou o cuidado e as orientações aos pacientes.

Outro aspecto bastante empregado pela IA e aproveitado pelos profissionais da saúde, principalmente o fisioterapeuta, são os sistemas que auxiliam na avaliação e na reabilitação física de pacientes e atletas. Goergen³³ criou um robô para auxiliar na reabilitação física de pacientes que apresentam déficit locomotor parcial ou completo dos membros inferiores e percebeu que o seu uso pode auxiliar o profissional durante a realização das sessões de fisioterapia. Jarrín Chacon³⁴ criou um sistema inteligente para ajudar na avaliação métrica dos ângulos articulares dos membros superiores e concluiu que sua utilização tem impacto positivo no tempo de avaliação e na confiabilidade das medidas. Goulart³⁵ desenvolveu um modelo baseado em RNAs para colaborar na análise da performance de atletas profissionais de futebol. Já Lange³⁶ percebeu que equipamentos vestíveis, ou *wearables*, influenciam positivamente na realização de atividade física e auxiliam no monitoramento e desempenho do rendimento de atletas amadores e profissionais.

Investigação bem interessante foi realizada por Bogo *et al.*³⁷, autores que reuniram através de uma revisão sistemática da literatura, pesquisas no âmbito da IA com aplicabilidade nos esportes, também conhecida como *Sport Analytics*. Foram analisados 24 artigos e como conclusão, puderam perceber que o futebol é o esporte que possui o maior uso do *Sport Analytics*, seguido pelo basquete e o atletismo e seu uso tem foco voltado, principalmente, para a prevenção de lesão.

Na esfera acadêmica e de ensino, o uso da IA vem ganhando muito espaço, seja na sala de aula ou na elaboração de estratégias de aprendizagem. Os *chatbots* ou robôs que possuem a capacidade de

conversar em tempo real, têm se tornado um grande aliado para os professores e alunos, minimizando as dúvidas e otimizando o processo ensino- aprendizagem. Batista e Sá³⁸ relataram sua experiência com o uso de *chatbots* como ferramenta de metodologia ativa na disciplina de fisioterapia neurofuncional e destacaram a boa aceitação por parte dos alunos e os docentes enfatizaram uma melhor interação com a turma.

Na área hospitalar, o emprego de tecnologias tem colaborado consideravelmente para a entrega de melhores tratamentos e, conseqüentemente, para a otimização do cuidado. Atualmente, o fisioterapeuta é parte essencial do ambiente hospitalar, contribuindo desde as emergências, ambulatorios, enfermarias e unidades de terapia intensiva. Schenekenberg, Malucelli, Dias e Cubas³⁹ estudaram o uso de redes bayesianas como ferramenta para eleição da ventilação mecânica invasiva no pós-operatório de cirurgia cardíaca e compreenderam que os resultados foram próximos aos parâmetros e modalidades ventilatórias presentes na literatura. Por fim, concluíram que as redes bayesianas podem colaborar para auxiliar o profissional na tomada de decisão nesse perfil de pacientes.

Algumas iniciativas podem ser destacadas nesse âmbito. De fato, Matos, Nunes e Rech⁴⁰ estudaram a aplicabilidade das RNA na parametrização da ventilação mecânica de pacientes com insuficiência respiratória aguda elaborando um modelo computacional para potencializar a utilização de recursos humanos especializados no manuseio do ventilador, sem danificar a ventilação do paciente. Rees⁴¹ criou o projeto de um “respirador inteligente” (INVENT) para integrá-lo à prática clínica. O INVENT foi criado para aprimorar as configurações do ventilador mecânico, separando o conhecimento fisiológico das preferências clínicas, parametrizando de forma individual e sugerindo os ajustes necessários para cada paciente.

Protótipos e sistemas relacionados a AM e IA, correlacionados

com a Internet das Coisas (IoT), podem realizar previsões no campo da saúde, como mortalidade, infecções e capacidade de lotação de pacientes em unidades de terapia intensiva⁴². Fischer⁴³ criou o modelo EIHealth com o objetivo de otimizar os recursos humanos (pacientes e profissionais) em um hospital inteligente através da IoT e predição computacional. Como retorno, obteve excelentes resultados quanto à previsão no quantitativo de pessoas e quanto ao tempo de permanência nos locais, além de otimizar tempo de espera em filas e custos.

Diante do que foi exposto, percebe-se um grande leque de ferramentas de IA disponíveis para colaborar de forma dinâmica e prática na esfera da saúde, potencializando as atividades do profissional fisioterapeuta nos mais diversos meios, seja ele acadêmico ou clínico. Contudo, o uso dessas tecnologias exige alguns cuidados e pode implicar em determinadas questões bioéticas, algumas das quais serão apresentadas e discutidas em seguida.

PROBLEMAS BIOÉTICOS ENVOLVIDOS NA RELAÇÃO INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E FISIOTERAPIA

Como dito anteriormente, alguns fatores têm implicado e gerado bastante discussão acerca do uso de tecnologias baseadas em IA pelos profissionais de saúde. Para iniciar a discussão correlacionando com os fisioterapeutas, se faz necessário conceituar a bioética (de forma preliminar), principalmente a bioética clínica, para a compreensão da sua abordagem e com isso, seguir com o debate.

A bioética, munida de recursos teóricos, faz-se peça fundamental no quis diz respeito à tomada de decisão na prática clínica⁴⁴. Para Segre⁴⁵ tal campo se constitui como: “[...] *parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde)*”. A bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida).

Schramm⁴⁶ destaca que a bioética clínica *“pode descobrir, explorar, entender e buscar solucionar os conflitos morais existentes no tratamento (ou cuidado) individual (ou pessoal) de pacientes”*. Nesse mesmo sentido, Levi e Barros⁴⁷ afirmam:

Trata a ética clínica das condutas desejáveis no âmbito da relação que se forma entre o profissional da área da saúde e seus pacientes, criando-se, com isso, condições para que, por um lado, os valores pessoais dos seres humanos envolvidos sejam preservados e respeitados e, por outro, a prestação de serviço que constitui o objeto especial dessa relação possa alcançar a máxima eficácia possível.

Entendendo um pouco o que é a bioética – e o que ela busca resolver –, consegue-se perceber a estreita relação existente com as ferramentas de IA. Um ponto chave importante é a utilização de dados dos usuários por parte dessas tecnologias. Quem garante a segurança e privacidade dos meus dados? Hoje, no Brasil, existe a Lei Geral de Proteção de Dados⁴⁸, ou LGPD, que foi aprovada em 2018, mas entrou em vigência somente em agosto de 2020, a qual busca estabelecer proteção dos dados pessoais dos indivíduos. O primeiro ponto de discussão está voltado para o consentimento do paciente, a garantia da privacidade e da confidencialidade.

A lei protege juridicamente o cidadão caso seu consentimento não seja levado em consideração. De uma perspectiva ética, toda e qualquer conduta, avaliação ou tratamento, se faz necessário o consentimento do paciente, conforme descrito no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia⁴⁹:

Artigo 10: É proibido ao fisioterapeuta: [...] II – recomendar, prescrever e executar tratamento ou nele colaborar, quando: [...] d) praticado sem o consentimento formal do cliente/paciente/usuário ou de seu representante legal ou responsável, quando se tratar de menor ou incapaz. Artigo 41: No exercício da docência, preceptoria, pesquisa e produção científica [...] II – que seja obtida previamente autorização por escrito de cliente/paciente/usuário ou de seu representante legal, por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para uso de dados, ou no termo próprio de liberação para uso de imagem. Artigo 42: Na pesquisa [...] O fisioterapeuta deve obter por escrito o consentimento

livre e esclarecido dos participantes ou responsáveis legais, informando sobre a natureza, riscos e benefícios da pesquisa, disponibilizando, posteriormente, a critério do autor, os resultados à comunidade científica e à sociedade.

Em relação à privacidade e à confidencialidade dos dados, Do Nascimento Silva Junior, Lima de Araújo e Gurgel Cosme do Nascimento⁵⁰ realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre esses dois temas no contexto mundial de saúde e concluíram que eles são percebidos apenas como problemas referentes a determinadas faixas etárias e grupos específicos, e não como um direito universal humano, como consta na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas⁵¹:

Artigo 9º: A vida privada das pessoas em causa e a confidencialidade das informações que lhes dizem pessoalmente respeito devem ser respeitadas. Tanto quanto possível, tais informações não devem ser utilizadas ou difundidas para outros fins que não aqueles para que foram coligidos ou consentidos, e devem estar em conformidade com o direito internacional, e nomeadamente com o direito internacional relativo aos direitos humanos.

Esses pontos ainda seguem bastante fragilizados quanto ao seu uso relacionado à IA. Outro fator bastante interessante, agora voltado mais para os profissionais, seria em relação à utilização desses artefatos para a tomada de decisão, já que, muitos dos modelos aplicados pela IA podem utilizar-se dos sistemas especialistas, aqueles que predizem “as melhores condutas” e auxiliam o profissional na decisão. Será esse mesmo, um problema bioético, visto que, os indivíduos que constroem as ferramentas deixam claro que seu uso serve apenas como apoio à decisão?

O fisioterapeuta é um profissional que demanda decisões a cada momento e a autonomia deve ser um requisito fundamental em sua prática, assumindo as responsabilidades pelos seus atos. De acordo com Doneda *et al.*⁵², as dificuldades éticas enfrentadas pelo uso da IA estão associadas à diminuição da autonomia humana, redução significativa de

responsabilidades, depreciação de competências, degradação da liberdade individual, simplificação de intervenções questionáveis ou maldosas, além do preconceito e injustiça.

O potencial de violação aos direitos fundamentais das decisões automatizadas quando tomadas sem o cumprimento de determinados parâmetros éticos e legais que assegurem a sua transparência e controle individual, a participação do indivíduo no âmbito do processo decisório, bem como a correção e atualização das informações que servem como *input* do algoritmo. Em especial, é preciso ficar atento à principal promessa que as decisões baseadas em algoritmos costumam suscitar: a obtenção de um maior grau de objetividade das decisões e a possibilidade de fundamentá-las em critérios estatísticos, eliminando o risco dos vieses (“*bias*”) típicos das decisões tomadas pelos seres humanos. As razões pelas quais os algoritmos podem produzir resultados discriminatórios e prejudicar determinadas pessoas ou grupos sociais dividem-se em dois grandes grupos: qualidade dos dados processados e classificação e seleção dos indivíduos. Assim, é fácil perceber que, se forem utilizados no modelo estatístico dados com alto potencial discriminatório, tais como dados raciais, étnicos ou de orientação sexual, haverá um grande risco de que a decisão que resultará do processo automatizado (*output*) também seja discriminatória⁵².

A questão acerca do uso de ferramentas não está apenas relacionada ao apoio e sim, a diversos fatores como demonstrado anteriormente. A partir desses pontos levantados, pode-se refletir acerca da igualdade/equidade mas sem esquecer da questão inclusiva, que muitas vezes esses aparatos de IA não conseguem abarcar essa demanda. Devido aos altos processos de busca e elaboração do melhor algoritmo, ou até mesmo aquele que melhor se adequa à tarefa, muitos desenvolvedores e criadores dos sistemas de IA, deixam de pensar e considerar outras questões, principalmente sociais, que são de extrema relevância.

Os sistemas automatizados podem condicionar ou agravar desigualdades e injustiças, em razão de determinações incrustadas em sua lógica computacional, com o agravante de que a própria natureza de autômatos impede que suas decisões sejam auditáveis ou sequer discutíveis. Contudo, tais inovações representam enorme potencial para ampliar benefícios à saúde individual e coletiva, mediante a expansão do acesso e da qualidade desses bens e serviços; podem, inclusive, auxiliar no alcance das metas de Desenvolvimento Sustentável (ODS/ONU). Advertência em contrário é que as vantagens auferidas tendem a privilegiar os que podem pagar, além

de representar riscos maiores para os pobres⁵³.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e a União Internacional de Telecomunicações (UIT), em um evento cujo objetivo permeava o debate sobre os desafios da IA no campo da saúde, elencaram inquietudes éticas, legais e sociais quanto à sua utilização, como: *acesso equitativo, privacidade, usos e usuários apropriados, responsabilidades e viés inclusivo*⁵⁴.

A complexidade na elaboração de um projeto de IA vai muito além da questão técnica. Quando um sistema é colocado no ar, os resultados são imediatos e em larga escala. Se ele não for testado e homologado de forma adequada, as consequências podem ser problemáticas para determinados grupos sociais⁵⁵.

Para a tomada de decisão no contexto da saúde, o profissional fisioterapeuta deve levar em conta diversos fatores, inclusive, um princípio bem importante, o da justiça. Para definir a justiça, diversos pensadores têm usado termos como equidade, mérito e propriedade (no sentido de ter direito), caindo numa interpretação igualitária, equitativa e de direito dos indivíduos. A injustiça seria uma ação impertinente que priva os direitos dos indivíduos, falhando na distribuição dos benefícios⁵⁶.

As teorias de justiça surgem para especificar e apresentar os princípios, regras e juízos, tentando correlacionar as características pessoais com a distribuição de benefícios moralmente justificáveis. As teorias de justiça mais utilizadas são as utilitaristas (máximo bem-estar), libertárias (direitos a liberdade social e econômica), comunitaristas (princípios e práticas de justiça de acordo com as tradições de uma comunidade) e as teorias igualitaristas (bens de acesso igual para todos)⁵⁶. Quando surge o questionamento de quem deve receber os recursos de saúde ou quem tem prioridade nesse recebimento, Beauchamp e Childress⁵⁶ declaram que para esse processo decisório deve-se mesclar

duas visões: a utilitarista “*máximo de benefícios para pacientes e sociedade*” e a igualitarista “o valor igualitário das pessoas e as oportunidades justas”. Amartya Sen, em *A ideia de Justiça*⁵⁷ consegue elucidar de maneira clara essas divisões teóricas.

Permitam-me ilustrar o problema com um exemplo em que você tem de decidir qual dentre três crianças — Anne, Bob e Carla — deve ficar com uma flauta pela qual estão brigando. Anne reivindica a flauta porque ela é a única que sabe tocá-la (os outros não negam esse fato) e porque seria bastante injusto negar a flauta à única pessoa que realmente sabe tocá-la. Bob que se manifesta e defende que a flauta seja dele porque, entre os três, é o único tão pobre que não possui brinquedo algum. A flauta lhe permitiria brincar (os outros dois admitem que são mais ricos e dispõem de uma boa quantidade de atrativas comodidades). Carla quem observa que ela, usando as próprias mãos, trabalhou zelosamente durante muitos meses para fazer a flauta (os outros confirmam esse fato) e só quando terminou o trabalho, “só então”, ela reclama, “esses expropriadores surgiram para tentar me tirar a flauta”. Tendo ouvido as três crianças e suas diferentes linhas de argumentação, você terá de fazer uma difícil escolha. Bob, o mais pobre, tenderia a receber o franco apoio de um igualitarista econômico, Carla, que fez a flauta, receberia a aprovação imediata do libertário e o hedonista utilitarista escolheria a Anne⁵⁷.

Um documento recentemente lançado pela OMS “*Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*⁵⁸” elencou princípios éticos básicos para orientar a utilização e o desenvolvimento da IA no âmbito da saúde, visto que, existiam outros documentos que tratavam de questões éticas quanto ao uso da IA, mas nenhum deles era relacionado à saúde. Dentre os princípios estão: “*proteger a autonomia*”, “*promover bem-estar e segurança humana e interesse público*”, “*garantir transparência, explicabilidade e inteligibilidade*”, “*promover a responsabilidade e prestação de contas*” e por fim, vale destacar o último princípio elencado, “*a IA deve ser responsiva e promover sustentabilidade*”.

Mas, que relação esses princípios têm com o fisioterapeuta? Vale ressaltar que o profissional deve avaliar se a tecnologia está respondendo de forma positiva e adequada ao que foi proposto o seu uso; caso contrário, não faz sentido. Isso vale para qualquer terapêutica proposta ao paciente, avaliar e reavaliar sempre. Em relação à sustentabilidade, o

documento não resume o seu conceito apenas à redução no impacto ao meio ambiente, ecossistemas e climas (o que é muito importante). Quando a OMS propôs esse tópico, expandiu a sua aplicabilidade para que as empresas no geral, quando implementassem essas ferramentas de IA em locais de atuação/trabalho, precisassem treinar os profissionais para utilizar os sistemas, e abordar possíveis perdas relacionadas à não adaptação com esses sistemas. Fazendo uma ligação com a fisioterapia, os profissionais que possuem ou pretendem implementar ambientes de atendimento, devem estar atentos pois não adianta possuir a mais alta tecnologia e não garantir responsividade e sustentabilidade do local.

Afirmar a inteligência artificial sem considerar o meio ambiente natural é como falar da morte, sem existir a vida. Ignorar isso não é paradigma a novo começo, mas causa da própria degradação humana. A natureza toma formas diversas e se sucede em ciclos interdependentes. O homem faz parte desse ciclo da biodiversidade da natureza e dos ecossistemas que abrigam e são hábitat da vida. A biodiversidade é sagrada. Esse ciclo não pode ser violado, sob pena de se impedir o próprio processo natural ou histórico dos seres vivos. E, nesse ciclo estão os elementos da vida, inclusive a inteligência. O homem, no máximo, consegue colher os frutos da natureza e dar formas à matéria-prima já sem vida. É o que faz com a dita inteligência artificial. Mas, da mesma forma que o leão mata a gazela para sobreviver, o homem necessita ocupar espaços e se utilizar de bens e serviços da natureza, para garantir sua existência, sua essência, sua evolução⁵⁹.

Fazendo uma correlação com questões éticas vivenciadas pelos fisioterapeutas em sua prática clínica, percebe-se que não existe um distanciamento desses fatores quando aplicados ao uso de uma IA. É claro que existem peculiaridades. Se o profissional atua com crianças, adultos ou idosos, existirão preocupações específicas; se está em âmbito domiciliar, hospitalar ou ambulatorial, outras questões podem vir a ser levantadas. Agora, outro conjunto emerge para discussão e novas vivências, a IA enquanto parte presente e coatuante na prática fisioterapêutica.

A falta de eficácia e eficiência do tratamento fisioterapêutico como

demonstrou Barnitt⁶⁰, Rener, Goldim e Prati⁶¹ e a dificuldade para a tomada de decisão conforme explanou Alcântara⁶² em seu estudo, são questionamentos éticos que hoje, com a existência da IA, esses problemas poderão ser minimizados devido à gama de artifícios disponibilizados por essas tecnologias para auxiliá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A IA tem feito parte da vida humana e da sociedade de modo cada vez mais intenso, desde tarefas simples até as mais complexas. Igualmente a outras tecnologias, sua implementação segue carregada de pontos positivos e outros tantos, não tão positivos assim. A fisioterapia enquanto profissão relativamente recente, busca sempre evoluir e estar atenta a tudo que venha a surgir. Como fundamento ético e profissional, a busca pelo mais atual e evidente, relaciona os fisioterapeutas diretamente aos aparatos tecnológicos presentes no mercado, seja para a avaliação, gestão, acompanhamento e até evolução das suas condutas e pacientes.

Qualquer profissão, se depara com problemas éticos/bioéticos decorrentes do seu meio de atuação e, isto posto, com a fisioterapia não seria diferente. Quando essa profissão está associada a utilização de uma nova ferramenta (IA), que segue vivenciando bastante discussões quanto ao seu uso no campo da saúde, isso torna-se uma dificuldade a mais em seu meio/prática.

Elencando as principais preocupações bioéticas relacionadas entre IA e fisioterapia, suas reflexões seguem voltadas para a proteção da autonomia profissional, garantia à privacidade e confidencialidade dos dados, assegurar o consentimento dos pacientes e que promova equidade/igualdade, contudo, não se isentando das suas responsabilidades, individual e social.

A IA e a fisioterapia têm estreitado as suas relações tanto pela abertura dos profissionais para as novas tecnologias quanto pela evolução dos meios inteligentes para a área da saúde. Conforme o seu uso segue avançando, as preocupações éticas/bioéticas devem ser maiores e, invariavelmente, voltadas para a defesa do bem-estar e para a proteção da vida humana.

O desenvolvimento da inteligência artificial, no entanto, apresenta grandes desafios éticos e riscos sociais. De fato, máquinas inteligentes podem restringir as escolhas de indivíduos e grupos, diminuir a qualidade de vida, perturbar a organização do trabalho e do mercado de trabalho, influenciar a vida política, entrar em conflito com os direitos fundamentais, exacerbar desigualdades econômicas e sociais e afetar os ecossistemas, o meio ambiente e o clima. Embora não haja progresso científico nem vida social sem riscos, cabe aos cidadãos determinar as finalidades morais e políticas que dão sentido aos riscos em um mundo incerto. Os benefícios da inteligência artificial serão maiores se os riscos associados à sua implementação forem pequenos. No entanto, o principal perigo apresentado pelo desenvolvimento da inteligência artificial consiste em dar a ilusão de que o futuro é controlado pela computação. Reduzir a sociedade a números e governá-la por meio de procedimentos algorítmicos é um sonho antigo que ainda alimenta as ambições humanas. Mas nos assuntos humanos, o amanhã raramente se parece com os dias de hoje, e os números não podem determinar o que tem valor moral, nem o que é socialmente desejável⁶³.

REFERÊNCIAS

1. MACEDO LV, SILVA LBF. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E SEU EMPREGO FUTURO NO APRIMORAMENTO NAS CONDUTAS MÉDICAS E TERAPÊUTICAS: COM ÊNFASE NO AUXÍLIO A HOSPITAIS MILITARES COM EMPREGO NA OFTALMOLOGIA. 2020.
2. MOTTA OJR, MACÓHADO GR, GOMES AP, NAS E, SILVA E, GOLDSCHMIDT RR, SIQUEIRA-BATISTA, R. COVID-19 PANDEMIC: HOW ARTIFICIAL INTELLIGENCE CAN HELP US? BRAZ APPL SCI REV 2020; 4: 2904-2915.
3. LOBO LC. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, O FUTURO DA MEDICINA E A EDUCAÇÃO MÉDICA. REV BRAS EDU MÉD 2018; 42(3): 3-8.
4. SIQUEIRA-BATISTA R, SILVA E. NOTAS SOBRE OS FUNDAMENTOS MATEMÁTICOS DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. REV CIÊN, TECNOL INOV 2019; 4: 44-54.

5. ATUL D ET AL. SCOPE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE. J RES MED DENT SCI, 2020, 8 (3):137-140.
6. DAVENPORT T, KALAKOTA R. THE POTENTIAL FOR ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE. FUTURE HEALTHC J. 2019;6(2):94-98.
7. MOTTA OJR. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM SAÚDE PÚBLICA: REFLEXÕES BIOÉTICAS. REVISTA DA JOPIC, EDITORA UNIFESO, TERESÓPOLIS, 2020, v.3, n.6.
8. HAMET P, TREMBLAY J. ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE. METABOLISMO. 2017; 69S: S36-40.
9. FACELI K, LORENA AC, GAMA J, CARVALHO AC. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: UMA ABORDAGEM DE APRENDIZAGEM DE MÁQUINA. RIO DE JANEIRO: LTC, 2021.
10. MELLO HC. ROBÔ LAURA: CONHEÇA MAIS ESSA INOVAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE. 2019. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BLOG.MEDICALWAY.COM.BR/MARCO-19-ROBO-LAURA-CONHECA-MAIS-ESSA-INOVAÇÃO-NA-ÁREA-DA-SAUDE/#:~:TEXT=O%20ROB%C3%B4%20LAURA%20%C3%A9%20UMA,VIDA%20NO%20ANO%20DE%202010](https://blog.medicalway.com.br/marco-19-robo-laura-conheca-mais-essa-inovacao-na-area-da-saude/#:~:text=O%20rob%C3%B4%20Laura%20%C3%A9%20uma,vida%20no%20ano%20de%202010). ACESSO EM: 29 DE AGOSTO DE 2020.
11. OKU AAY ET AL. POTENTIAL CONFOUNDERS IN THE ANALYSIS OF BRAZILIAN ADOLESCENT'S HEALTH: A COMBINATION OF MACHINE LEARNING AND GRAPH THEORY. INT J ENVIRON RES PUBLIC HEALTH 2019; 17(1):90.
12. KILIC A. ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND MACHINE LEARNING IN CARDIOVASCULAR HEALTH CARE. ANN THORAC SURG. 2020; 109(5):1323-1329.
13. STORICK V ET AL. IMPROVING PALLIATIVE AND END-OF-LIFE CARE WITH MACHINE LEARNING AND ROUTINE DATA: A RAPID REVIEW. HRB OPEN RES. 2019;2:13.
14. AVATI A ET AL. IMPROVING PALLIATIVE CARE WITH DEEP LEARNING. BMC MED INFORM DECIS MAK. 2018; 18(SUPPL 4):122.
15. GUARIZI DD, DE OLIVEIRA EV. ESTUDO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL APLICADA NA ÁREA DA SAÚDE. COLLOQUIUM EXACTARUM, VOL. 6, P. 26-37. ENCONTRO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, PRESIDENTE PRUDENTE, 2014.
16. MARQUES IR ET AL. GUIA DE APOIO À DECISÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: APLICAÇÃO DA TÉCNICA DA LÓGICA FUZZY. REV BRAS ENFERM 2005; 58(3): 349-354.
17. SILVA CC, VIANNA RPT, MORAES RM. SISTEMA DE APOIO A DECISÃO: A SEGURANÇA ALIMENTAR E O MODELO EM REDE NEURAL. R BRAS CI SAÚDE, 2021, 16(1):79-84.

18. MOTTA LCS, DE OLIVEIRA LN, SILVA E; SIQUEIRA-BATISTA R. TOMADA DE DECISÃO EM (BIO)ÉTICA CLÍNICA: ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS. REV BIOÉT 2016; 24(2): 304-14.
19. MORAES RM, SOARES RAS. MODELOS DE DECISÃO APLICADOS A SAÚDE: TEORIA E PRÁTICA. TEMPUS, ACTAS DE SAÚDE COLET, BRASÍLIA, 2016, 10, N(2):8.
20. ALCÂNTARA FA. PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS SOBRE ASPECTOS BIOÉTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS. REV BIOÉT 2021; 29(1): 107-14.
21. VINCENT JL, OPAL SM, MARSHALL JC. TEN REASONS WHY WE SHOULD NOT USE SEVERITY SCORES AS ENTRY CRITERIA FOR CLINICAL TRIALS OR IN OUR TREATMENT DECISIONS. CRIT CARE MED. 2010;38(1):283-287.
22. MORAIS AM, SOUSA AS, MACHADO LS, MORAES RM. TOMADA DE DECISÃO APLICADA À INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL EM SERIOUS GAMES VOLTADOS PARA SAÚDE. IN IX ENCONTRO REGIONAL DE MATEMÁTICA APLICADA E COMPUTACIONAL. JOÃO PESSOA, 2009, p. 5.
23. RICH E. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. SÃO PAULO: MCGRAW-HILL, 1988.
24. MUELLER JP, MASSARON L. APRENDIZADO DE MÁQUINA PARA LEIGOS. RIO DE JANEIRO: ALTA BOOKS, 2019, p.13.
25. SEARLE J. MINDS, BRAINS AND PROGRAMS. IN: HAUGELAND J. ED. - MIND DESIGNO VERMONT: BRADFORD BOOKS, 1980.
26. MUELLER JP, MASSARON L. APRENDIZADO DE MÁQUINA PARA LEIGOS. RIO DE JANEIRO: ALTA BOOKS, 2019.
27. CREFITO-4. A VEZ DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: MOMENTO DE RESSIGNIFICAR E VALORIZAR AS PROFISSÕES. REVISTA DO CONSELHO REGIONAL FISIOTERAPIA DE E TERAPIA OCUPACIONAL DA 4ª REGIÃO, Nº 9, 2019, p. 20.
28. MUELLER JP, MASSARON L. APRENDIZADO DE MÁQUINA PARA LEIGOS. RIO DE JANEIRO: ALTA BOOKS, 2019.
29. MENG W ET AL. RECENT DEVELOPMENT OF MECHANISMS AND CONTROL STRATEGIES FOR ROBOT-ASSISTED LOWER LIMB REHABILITATION. MECHATRONICS, 2015, 31:132-145.
30. PESSOA JCS. DESENVOLVIMENTO DE UM PROTÓTIPO PARA APOIO A DECISÃO DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO AO IDOSO. TESE (DOUTORADO) – JOAO PESSOA, 2018.
31. PONCIANO VRG. SIGNAL PROCESSING FOR THE MEASUREMENT OF RESULTS OF THE TIME-UP AND GO TEST USING SENSORS. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) – VISEU, 2020.

32. MACEDO CG. O CHATBOT COMO FORMA DE TELECONSULTORIA PARA FISIOTERAPEUTAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO].; 2019 [CITADO EM 14 DE OUTUBRO DE 2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REPOSITORIO.UFSC.BR/HANDLE/123456789/219166](https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/219166)
33. GOERGEN R. MODELAGEM MATEMÁTICA DE UMA BANCADA ROBOTIZADA PARA REABILITAÇÃO FÍSICA COM ACIONAMENTO PNEUMÁTICO E CONTROLE DE FORÇA. TESE (DOUTORADO) - IJUÍ, RS, 2020.
34. JARRÍN CHACÓN JL. SISTEMA DE DETECÇÃO DE ÂNGULOS ARTICULARES EM MOVIMENTOS DE MEMBROS SUPERIORES PARA AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA POR MEIO DA VISÃO ARTIFICIAL. [TESE DE GRADUAÇÃO NA INTERNET].; 2020 [CITADO EM 14 DE OUTUBRO DE 2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://REPOSITORIO.UTN.EDU.EC/HANDLE/123456789/10295](http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10295)
35. GOULART GR. REDES NEURAIS PARA APOIO À ANÁLISE DE PERFORMANCE DE ATLETAS PROFISSIONAIS DE FUTEBOL. [TESE DE GRADUAÇÃO NA INTERNET].; 2019 [CITADO EM 14 DE OUTUBRO DE 2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://REPOSITORIO.UFSC.BR/HANDLE/123456789/200063](http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/200063)
36. LANGE J. TECNOLOGIAS VESTÍVEIS E A INFLUÊNCIA NO DESEMPENHO DE ATLETAS. [TESE DE ESPECIALIZAÇÃO NA INTERNET].; 2019 [CITADO EM 14 DE OUTUBRO DE 2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://REPOSITORIO.ANIMAEDUCACAO.COM.BR/HANDLE/ANIMA/3987](https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/3987)
37. BOGO J ET AL. SPORT ANALYTICS: A SYSTEMATIC REVIEW. IN ANAIS DO XVI ENCONTRO NACIONAL DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E COMPUTACIONAL, 2019, PP. 670-681, PORTO ALEGRE: SBC.
38. BATISTA E SÁ VW. USO DE CHATBOTS COMO FERRAMENTA DE METODOLOGIA ATIVA NA DISCIPLINA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA. CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA, 2019, v. 6, n. 12.
39. SCHENEBENBERG CNM, MALUCELLI A, DIAS JS, CUBAS MR. REDES BAYESIANAS PARA ELEIÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA. FISIOTER MOV. 2011 JUL/SET;24(3):481-92.
40. MATOS R, NUNES E, RECH V. REDES NEURAIS APLICADAS NA PARAMETRIZAÇÃO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA. REVISTA DE SISTEMAS E COMPUTAÇÃO-RSC, 2020, v. 9, n. 2.

41. REES SE. THE INTELLIGENT VENTILATOR (INVENT) PROJECT: THE ROLE OF MATHEMATICAL MODELS IN TRANSLATING PHYSIOLOGICAL KNOWLEDGE INTO CLINICAL PRACTICE. COMPUT METHODS PROGRAMS BIOMED. 2011;104 SUPPL 1:S1-S29.
42. ZORKOT M ET AL. AVANÇOS DA INTERNET DAS COISAS MÉDICAS NA SAÚDE E NEUROENGENHARIA. 2021, p. 15-42. IN: LEITE CRM, REIS CA, BINSFELD PC, ROSA SSRF. NOVAS TECNOLOGIAS APLICADA À SAÚDE: INOVAÇÃO, INTERNET DAS COISAS, HORIZONTES E DESAFIOS. EDUERN, 2021.
43. FISCHER GS. ELHEALTH: UTILIZANDO INTERNET DAS COISAS E PREDIÇÃO COMPUTACIONAL PARA GERENCIAMENTO ELÁSTICO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS INTELIGENTES. [DISSERTAÇÃO DE MESTRADO]; SÃO LEOPOLDO, 2019.
44. REGO S, PALÁCIOS M, SIQUEIRA-BATISTA R. BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2ª REIMP. RIO DE JANEIRO: FIOCRUZ, 2020.
45. SEGRE M. DEFINIÇÃO DE BIOÉTICA E SUA RELAÇÃO COM A ÉTICA. EM M. SEGRE, & C. COHEN, BIOÉTICA. SÃO PAULO: EDUSP, 2002, p. 23.
46. SCHRAMM FR. QUESTÕES CONCEITUAIS E METAÉTICAS DA BIOÉTICA CLÍNICA: UMA INTRODUÇÃO. BIOETHIKOS, 2012, 6(2):128-129.
47. LEVI GC, BARROS AO. ÉTICA CLÍNICA. IN: COSTA SI, GARRAFA V, OSELKA G. INICIAÇÃO À BIOÉTICA. BRASÍLIA: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998, p. 286.
48. BRASIL. LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD). REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 13.853, DE 2019. BRASÍLIA, DF: SENADO FEDERAL, 2018.
49. 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.
50. DO NASCIMENTO SILVA JUNIOR D, LIMA DE ARAÚJO J, GURGEL COSME DO NASCIMENTO E. PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE NO CONTEXTO MUNDIAL DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. REV. BIOÉTICA Y DERECHO [INTERNET]. 2017, (40):195-214.
51. UNESCO. DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. TRADUÇÃO PELA COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO – PORTUGAL. LISBOA, 2006, p. 8. [ACESSO EM:

- 15 DE OUT DE 2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://UNESDOC.UNESCO.ORG/ARK:/48223/PF0000146180_POR](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_POR)
52. DONEDA DCM ET AL. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, ÉTICA E AUTONOMIA PESSOAL. PENSAR, FORTALEZA, 2018, 23(4):1-17.
 53. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E DESIGUALDADES EM SAÚDE. TERMO DE REFERÊNCIA SOBRE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL E DESIGUALDADES EM SAÚDE, DO PROGRAMA DE PESQUISA E COMUNICAÇÃO DO NETHIS/FIOCRUZ, COMPARTILHADO COM O CEPEDISA/FSP/USP. 2021, p.1. [ACESSO EM: 15.OUT.2021] DISPONÍVEL EM: [HTTPS://BIOETICAEDIPLOMACIA.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2021/02/TR-INTELIGENCIA-ARTIFICIAL.PDF](https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2021/02/TR-INTELIGENCIA-ARTIFICIAL.PDF)
 54. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS, OPAS E UIT DISCUTEM USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SAÚDE DURANTE WORKSHOP NO BRASIL.24.2020 [ACESSO EM 15.OUT.2021]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.PAHO.ORG/PT/NOTICIAS/24-1-2020-OMS-OPAS-E-UIT-DISCUTEM-USO-INTELIGENCIA-ARTIFICIAL-NA-SAUDE-DURANTE-WORKSHOP-NO](https://www.paho.org/pt/noticias/24-1-2020-oms-opas-e-uit-discutem-uso-inteligencia-artificial-na-saude-durante-workshop-no)
 55. CORTIZ D. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: EQUIDADE, JUSTIÇA E CONSEQUÊNCIAS. PANORAMA SETORIAL DA INTERNET, 2020, 1(12):4.
 56. BEAUCHAMP T, CHILDRESS J. PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS. USA: OXFORD, UNIVERSITY PRESS, 2002.
 57. SEN A. A IDEIA DE JUSTIÇA. SÃO PAULO: COMPANHIA DAS LETRAS, 2011.
 58. WHO. ETHICS AND GOVERNANCE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE FOR HEALTH: WHO GUIDANCE. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2021.
 59. RECH AU. INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, MEIO AMBIENTE E CIDADES INTELIGENTES. CAXIAS DO SUL: EDUCS, 2020, p. 46.
 60. BARNITT R. ETHICAL DILEMMAS IN OCCUPATIONAL THERAPY AND PHYSICAL THERAPY: A SURVEY OF PRACTITIONERS IN THE UK NATIONAL HEALTH SERVICE. J MED ETHICS [INTERNET]. 1998 [ACESSO 22 OUT 2020];24(3):193-9.
 61. RENNER AF, GOLDIM JR, PRATI FM. DILEMAS ÉTICOS PRESENTES NA PRÁTICA DO FISIOTERAPEUTA. BRAZ J PHYS THER. 2002;6(3):135-8.
 62. ALCÂNTARA FA. DILEMAS ÉTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO DE LITERATURA. REV BIOÉT 2020; 28 (4): 704-9.

63. DECLARAÇÃO DE MONTREAL PELO DESENVOLVIMENTO RESPONSÁVEL DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL. 2018 P. 7. [ACESSO EM 16 DE OUT DE 2021]; DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SBMAC.ORG.BR/WP-CONTENT/UPLOADS/2021/02/PORTUGUE%CC%82S- UDEM_DECL-IA-RESP_LA-DECLARATION_VF.PDF](https://www.sbmac.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Portugue%CC%82s-UDEM_DECL-IA-RESP_LA-DECLARATION_VF.pdf)

(BIO)ÉTICA PARA TODOS OS SERES E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPOSIÇÕES ENTRE CUIDADO DE SI E COMPAIXÃO LAICA

Rodrigo Siqueira-Batista
Andréia Patrícia Gomes

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) – um dos mais salutares “patrimônios da sociedade brasileira”¹ – é resultado do processo de luta pela redemocratização do país, tradicionalmente denominado *Movimento da Reforma Sanitária* (MRS)² e organizado em torno da crítica às práticas de saúde então hegemônicas. De fato, o MRS, no Brasil, representou um importante *catalizador* das reivindicações por mudanças radicais no caótico, precário e insuficiente “sistema sanitário” existente,³ ao buscar a ampliação da *participação popular* – com a proposta de inclusão de novos atores sociais nos processos decisórios –, na perspectiva de construção de um sistema de saúde *regionalizado, descentralizado e hierarquizado*. Com efeito, temas como (i) o reconhecimento do universal direito humano à saúde, materializado na *universalização* do acesso, (ii) a *integralidade* das ações e (iii) a redução das desigualdades em termos da *equidade* tornaram-se prioritários na pauta de debates empreendidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde^{4,5} e subsidiaram a redação do capítulo da saúde – artigos 196 a 200 – da Constituição Federal (CF) de 1988.⁶

A criação do SUS abriu perspectivas para a genuína participação popular na gestão – como previsto no artigo 198 da CF –, havendo preeminência, no âmbito das questões públicas relativas à saúde, do debate e da construção de consensos (sempre que possível). Diante desta

realidade, a participação comunitária alcança lugar de destaque para o desenvolvimento do sistema, pois, entende-se que o genuíno avanço da qualidade dos serviços e das ações de saúde depende da inclusão efetiva das pessoas na tomada de decisão, na medida em que seus partícipes se tornem capazes de apontar os problemas e as soluções possíveis.⁷ Com efeito, o *arranjo* proposto para o SUS – consubstanciado na CF de 1988 e implementado com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 / 90) e com a Lei 8.142/90, entre outros diplomas legais – tem uma profunda inscrição ético-política,^α na medida em que prevê a criação de espaços que possibilitem o empoderamento/libertação dos cidadãos⁸ – no bojo dos conselhos de saúde – no sentido de ampliar a inclusão social.

O incremento do acesso das pessoas aos serviços se torna mais significativo, no que tange à descentralização e à hierarquização do SUS, nos termos da organização do sistema em níveis de atenção,^β especialmente ao se considerar a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como “[...] *aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a*

^α Considerações sobre a ética e a bioética serão apresentadas adiante; acerca da *política*, o termo deverá ser compreendido à luz da *primeira* concepção apresentada por Nicola Abbagnano: “*Com esse nome [política] foram designadas várias coisas, mais precisamente: 1ª a doutrina do direito e da moral; 2ª a teoria do Estado; 3ª a arte ou a ciência do governo; 4ª o estudo dos comportamentos intersubjetivos*”. Ademais, “*1ª O primeiro conceito foi exposto em Ética, de Aristóteles. A investigação do que deve ser o bem e o bem supremo, segundo Aristóteles, parece parecer à ciência mais importante e mais arquitetônica: ‘Essa ciência parece ser a política. Com efeito, ela determina quais são as ciências necessárias nas cidades, quais a que cada cidadão deve aprender, e até que ponto’ (Et. nic., I, 2, 1094 a 26). Este conceito da P. teve vida longa na tradição filosófica. Hobbes, p. ex., dizia: ‘A P. e a ética, ou seja, a ciência do justo e do injusto, do equânime e do iníquo (...)’ (p. 773). Cf. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Deve ser destacado, igualmente, que “Se a política tem como finalidade a vida justa e feliz, isto é, a vida propriamente humana digna de seres livres, então é inseparável da ética. De fato, para os gregos, era inconcebível a ética fora da comunidade política – a polis como *koínonia* ou comunidade dos iguais -, pois nela a natureza ou essência humana encontrava sua realização mais alta” (p. 497). Cf. Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática, 2000. Com base nestas considerações, no presente ensaio, especialmente adiante – ao se considerar as relações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) –, os conceitos de ética/(bio)ética e de política serão trabalhados articuladamente, nessa concepção tão cara aos gregos antigos.*

^β Os níveis de atenção do SUS: Atenção Primária à Saúde (também denominada Atenção Básica); Atenção Secundária à Saúde (média complexidade); e Atenção Terciária à Saúde (alta complexidade).

entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros” (p. 28).⁹ A APS alcançou um lugar de centralidade no SUS, mas, as dificuldades de organização do *cuidado*, nesse nível de atenção, especialmente no que concerne à perpetuação da lógica anterior de funcionamento da *assistência* à saúde – inscrita no modelo biomédico¹⁰ – trouxeram a necessidade de reorganização dos cuidados primários para a plena *materialização* dos pressupostos do SUS.

Precisamente nesse contexto, *veio-a-ser* a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) para a reestruturação do modelo de atenção à saúde, na perspectiva de construção de possibilidades efetivas para que a população seja participante ativa do processo de construção de um projeto sanitário comum, dado o compromisso com a formação de sujeitos reflexivos autônomos e socialmente solidários, criando espaços e tempos democráticos para a *práxis* do cuidado.¹¹ De fato, a ESF – originalmente um programa (o PSF, Programa Saúde da Família), criado em 1994⁷ pelo MS –, foi formulada para transformação da saúde no país, através da busca de reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e nos comportamentos dos profissionais e cidadãos brasileiros.¹² Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio das equipes multiprofissionais – compostas por, no mínimo, um enfermeiro,

⁷ Alguns marcos importantes da “história” da ESF podem ser comentados: 1991: Norma Operacional Básica nº. 1 de 1991 – nova política de financiamento do SUS; 1991: implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); 1994: materialização da estratégia de APS, em decorrência da publicação da Portaria MS 692/94; 1994: organização das primeiras equipes do “PSF”; 1996: Norma Operacional Básica do SUS (Portaria nº 2203); 1997: Portaria nº 1886/GM – Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS)^δ – as quais estão mais próximas dos domicílios, das famílias e das comunidades.

Tal proposta visa substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o até então tradicional modelo brasileiro – médico-centrado, curativo, orientado ao indivíduo e que tem no hospital o suposto *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde – em um paradigma coletivo de saúde, multi e interprofissional, que combina complexamente ações de saúde – abrangendo atenção, prevenção, promoção e reabilitação – centrado na pessoa, na família e na comunidade.¹⁵ A organização descrita, ao permitir uma grande proximidade entre distintos atores – trabalhadores de diferentes áreas, usuários do SUS e seus respectivos familiares – com novas modalidades de interação entre os partícipes, permite a emergência de uma série de questões éticas, até então não perfeitamente mapeadas, em termos da atividade laboral no âmbito da saúde. Tal afirmação torna-se mais clara ao se reconhecer que o trabalho do profissional da saúde, invariavelmente, abrange as dimensões técnica e ética, ressaltando-se que esta última, a esfera ética, diz respeito às ações entre humanos, trabalhadores e usuários do SUS, as quais, de acordo com Aristóteles,^ε são do âmbito da *práxis*,¹⁴ ou seja, ético-políticas por excelência.¹⁵

^δ De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (2017), a equipe deve ser composta “no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal”. Cf. BRASIL. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017.

^ε Sobre esse ponto, vale a leitura do excelente texto de Bernard Besnier: “*A distinção entre práxis e poiésis serve, nos capítulos IV e V do Livro VI da Ética a Nicômaco, para separar a arte, que constitui a competência ou o domínio na ordem da “produção”, e a “prudência”, excelência da ação, ou ao menos excelência dianoética da ação (pois a qualidade da ação depende também da qualidade do éthos)*” (p. 127). Cf. Besnier B. A distinção entre *práxis* e *poiésis* em Aristóteles. *Analytica* 1996; 1(3): 127-163.

A discussão dos problemas bioéticos na APS/ESF – área de pesquisa à qual os autores do presente capítulo têm se dedicado ao longo da última década – será o mote da discussão ora empreendida. A trajetória pensada para o texto pode ser enunciada nos seguintes termos: (i) breve caracterização dos campos da ética e da bioética – quiçá em prol de uma (bio)ética –, (ii) exposição sucinta dos principais resultados da investigação sobre os problemas (bio)éticos na APS/ESF e (iii) a proposição, preliminar, de referenciais teóricos para pensar tais problemas, a partir dos conceitos de *cuidado de si* e de *compaixão laica*.

O CAMPO DA (BIO)ÉTICA

A palavra ética – extremamente polissêmica e originária do Pensamento Grego antigo¹⁶ – diz respeito, do ponto de vista filosófico, ao campo do conhecimento que investiga os juízos sobre os atos qualificados como “certos” ou “errados”, “corretos” ou “incorretos”, “justos” ou injusto”. De fato, Simon Blackburn define a ética 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. É também o estudo de segunda ordem das características objetivas, subjetivas, relativas ou céticas que as afirmações feitas nesses termos possam apresentar*” (p. 129).¹⁷ De modo articulado a tais considerações, Nicola Abbagnano caracteriza duas acepções de ética: “*1ª a que a considera como ciência do fim para o qual a conduta dos homens deve ser orientada e dos meios para atingir tal fim, deduzindo tanto o fim quanto os meios da natureza do homem. 2ª a que considera como a ciência do móvel da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar essa conduta*” (p. 380).¹⁸ Cabe destacar, nesse âmbito das definições, que os termos *ética* e *moral* podem ou não ser diferenciados – “*MORAL. 1. O mesmo que ética. 2. Objeto da ética, conduta dirigida ou disciplinada por normas, conjunto dos mores*” (p.

682)¹⁸ – optando-se, no presente ensaio, pela adoção da concepção “2” de Abbagnano – ou seja, a moral refere-se ao regramento de condutas vigentes em uma dada sociedade e a ética diz respeito às normas de condutas resultantes do exercício da razão crítica –, em concordância com Adela Cortina: “*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*” (p. 14).¹⁹

A delimitação conceitual proposta por Abbagnano, Blackburn e Cortina – atinente à ética – é bastante salutar para a caracterização da *bioética*, campo do saber em relação ao qual se pode perscrutar uma tríplice origem:²⁰ (1) com Fritz Jahr, *primeira* e mais arcaica, a palavra foi utilizada, em 1926, no artigo *Bio-Ethics: a review of the ethical relationships of humans to animals and plants*,²¹ em termos da proposta da extensão do imperativo moral de Immanuel Kant a todas as formas de existência, ou seja, da responsabilidade ética que deve ser adotada em relação às distintas modalidades de vida, humanas ou não;²² (2) com Van Renssler Potter, em 1970,²³ o vocábulo foi empregado para abranger uma nova ética científica qualificada a responder à deterioração das relações homem-natureza, cujos objetivos principais seriam garantir 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*” (p. 2);²⁴ e (3) com André Hellegers, do *Kennedy Institute of Ethics*, o termo foi empregado, em 1971, com foco na definição de uma nova ética biomédica, caracterizando-a como uma extensão da ética médica, concepção que se tornou hegemônica nos primeiros anos de desenvolvimento do campo de conhecimento.²⁵

Ao longo destes cinquenta anos, a disciplina adquiriu diferentes conotações²⁶ – e se consolidou em termos de díspares correntes teóricas,

tais como o *Princípioalismo*, o *Utilitarismo*, a *Ética do cuidado*, a *Bioética da intervenção*, entre outras²⁷ –, ainda que não tenha deixado de se orientar para a discussão da moralidade dos atos humanos – esfera da *práxis* –, como na definição de Miguel Kottow: “[por bioética entende-se] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos” (p. 53).²⁸ A partir dessa definição, podem ser pensadas como inerentes à disciplina, as “funções” (a) descritiva e (b) normativa, as quais permitem, respectivamente, explicitar os conflitos e propor a melhor forma de agir diante deles. Ou seja, a bioética tem por escopo (a) analisar os argumentos a favor e contra determinadas práticas humanas, que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos seres vivos – incluindo o *Homo sapiens* – e a qualidade dos seus ambientes, e em (b) tomar decisões baseadas nas análises empreendidas, o que permite a (c) proteção dos envolvidos, consequência (c) que pressupõe a articulação entre (a) e (b). Considerando-se de forma específica, mas não só, o campo da saúde pública, defende-se que a *proteção* seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas na esfera dos conflitos bioéticos, como proposto por Fermin R. Schramm²⁹ e Miguel Kottow.³⁰ Tal entendimento está em consonância com o formulado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, publicada pela UNESCO,³¹ a qual, mesmo exprimindo certo *antropocentrismo* ético, consolida a compreensão de incluir, entre suas preocupações, os problemas bioéticos atinentes ao meio ambiente e aos os demais seres.

A empreitada teórica, de Schramm e Kottow, consubstancia a corrente denominada Bioética da proteção (BP), a qual tem como cerne o 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” (p. 955).³² Outro elemento identificado como relevante para a fundamentação da BP é a compaixão laica⁵ – concebida por um dos autores desse ensaio,^{33,34} como um dos conceitos chave da (Bio)ética para todos os seres³⁵ – uma vez que o alcance desta última “coincide com o próprio ethos do mundo homérico – agora dimensionado em óikos –, na medida em que se institui como morada, acolhida incondicional da experiência de viver” (p. 1249),³³ como se detalhará adiante, no bojo da proposição dos referenciais para pensar-agir em termos da APS/ESF.

Com base nesses preliminares apontamentos, delinea-se a bioética como uma disciplina pertinente ao movimento típico das sociedades laicas e plurais contemporâneas da segunda metade do século XX e dos primórdios do século XXI, inscrita na tradição ética ocidental, como uma das éticas aplicadas,[¶] conforme já propunha Warren Thomas Reich na Introdução à segunda edição revista da *Encyclopedia of Bioethics*, em 1995.^{36,37} A caracterização da bioética como uma ética aplicada³⁸ permite considerar a primeira um subconjunto da segunda. Ademais, ao se concordar com Fermin R. Schramm acerca do possível fundamento biológico da ética – ou seja, “a legitimação do agir ético só seria uma elaboração secundária de algo que de fato pertence à biologia humana” (p. 324),³⁹ o que permite afirmar, com efeito, que “toda ética é, antes e fundamentalmente, uma bioética” (p. 324)³⁹ – parece factível compor os campos da Ética e da Bioética, cuja proposta de grafia seria (Bio)ética – a qual será utilizada de agora em diante –, como

⁵ De fato, “agir por compaixão laica é, na verdade, proteger o outro – especialmente em situações de desamparo, nas quais sua autonomia esteja muito limitada –, dando-lhe condições para exercer um mínimo de autodeterminação em relação às (graves) decisões a serem tomadas. Esta é, precisamente, uma das proposições da bioética da proteção, que pode ser vista como o ato primordial e que, devidamente pensado, pode servir como referencial teórico-prático, pois pretende resgatar aquele que é, provavelmente, o significado originário da palavra grega *ethos*, que tem justamente o sentido de “amparo”, “garantia” e “abrigo”; em suma, de proteção” (p. 1246). Cf. Siqueira-Batista, Schramm, A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Cien Saúde Col* 2009; 14:1241-1250.

[¶] De acordo com Fermin R. Schramm e Maurizio Mori a bioética nasceu “[...] oficialmente nos anos 1970 como a mais importante forma de ética aplicada” (p. 51). Ver Schramm FR. Três ensaios de Bioética. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

já tem sido empregado, por alguns autores,⁴⁰⁻⁴³ nos últimos anos.

PROBLEMAS (BIO)ÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A investigação das questões (bio)éticas na APS/ESF é evento relativamente recente no cenário acadêmico brasileiro, cujo marco é o clássico trabalho dos professores Elma Zoboli e Paulo Fortes (2004),⁴⁴ publicado há pouco mais de 15 anos. Nessa pesquisa, os autores descrevem, na perspectiva de enfermeiros e médicos do município de São Paulo, distintas ordens de problemas (bio)éticos na APS/ESF, os quais foram agrupados em três categorias principais: questões (bio)éticas (1) nas relações com usuários e família, (2) nas relações da equipe; (3) nas relações com a organização e o sistema de saúde. Nesse mesmo manuscrito, Zoboli e Fortes destacam que “*os problemas éticos apontados parecem confirmar que, na atenção básica, esses são constituídos, de maneira geral, por preocupações do cotidiano, aspectos éticos que permeiam circunstâncias comuns da prática diária da atenção à saúde e não por situações dilemáticas [...] isso não significa que sejam de menor monta ou importância, e sim que a atenção básica, em comparação à hospitalar, lida com problemas éticos distintos, que, à sua maneira, também são amplos e complexos, ainda que de menor dramaticidade*” (p. 1697).⁴⁴ Deve ser comentado, igualmente, que após cerca de 27 anos de implantação do Programa/Estratégia Saúde da Família (ao se considerar seu início no ano de 1994), ainda subsistem indagações quanto à prática cotidiana neste nível de atenção, na medida em são perpetuadas, em muitas oportunidades, estruturas típicas do tradicional modelo biomédico, as quais contribuem para a erosão do processo de trabalho cotidiano,⁴⁵ corroborando para a emergência de significativas questões (bio)éticas em relação às três categorias de conflitos listadas.

A partir dessas constatações, foram empreendidas investigações –

pelos autores do presente ensaio – com o intuito de averiguar o alcance das questões (bio)éticas na APS/ESF. Um primeiro esforço foi dirigido ao levantamento bibliográfico acerca do assunto, o qual permitiu a delimitação das seguintes ordens de problemas, bastante afins ao originalmente proposto por Zoboli e Fortes (2004): (1) aqueles atinentes às relações entre profissionais/trabalhadores e usuários do sistema de saúde; (2) aqueles relativos às relações entre profissionais/trabalhadores no domínio da equipe; (3) aqueles pertinentes aos elementos ético-políticos, especialmente afins à intersetorialidade, na esfera do SUS; e (4) aqueles ligados à esfera ambiental, ainda incipientes, os quais aguardam uma melhor delimitação teórica e empírica.⁴⁶ Foram identificados, também, elementos limitantes para o melhor encaminhamento das situações de conflitos (bio)éticos na APS/ESF, merecendo “[...] *destaque a invisibilidade dos mesmos para os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção e as dificuldades teóricas para a proposição de soluções para as questões observadas*” (p. 355).⁴⁶ Ademais, foi possível delinear, de um ponto de vista educativo, que “[...] *tais problemas bioéticos poderiam ser adequadamente encaminhados com a implementação de espaços de educação permanente na equipe da ESF, os quais poderiam ser extremamente fecundos para o estabelecimento do diálogo – as boas conversações –, concorrendo, assim, para a construção de relações mais fraternas entre os membros da equipe*” (p. 355)⁴⁶ e também que “[...] *o emprego de correntes bioéticas originalmente propostas para a interseção clínica/saúde pública – como a bioética da proteção e a bioética de intervenção*” (p. 355)⁴⁶ seria útil para a apreciação das situações. Com base nesses “achados”, foram abertas três frentes de pesquisa para a abordagem das indagações (bio)éticas no âmbito da APS/ESF: (i) a investigação empírica, (ii) o desenho de estratégias educacionais e (iii) a proposição de ferramentas teóricas para análise.

Em relação ao primeiro ponto, *investigação empírica*, estudos foram realizados nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, dirigidos aos

membros das equipes de ESF – abrangendo todas as classes de trabalhadores – em Teresópolis-RJ,⁴⁷ em Viçosa-MG⁴⁸ e no Rio de Janeiro⁴⁹ (destacando-se, nesse caso, que a pesquisa foi realizada nas Clínicas de Família, modalidade de organização da APS/ESF instituída no município carioca) e, igualmente, abarcando grupos particulares de profissionais de saúde, tais como os agentes comunitários de saúde, em Magé-RJ,⁵⁰ os cirurgiões-dentistas, em Viçosa-MG,⁵¹ e os fisioterapeutas do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), no Rio de Janeiro.⁵² De um modo geral, essas investigações permitiram a identificação de questões bastante similares àquelas delimitadas no pioneiro estudo de Zoboli e Fortes (2004), mas, alguns pontos adquiriram relevo: (a) a existência de certa preeminência dos conflitos atinentes ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade no âmbito da APS/SF, muitas vezes relacionadas, mas não apenas, à formação (bio)ética do agente comunitário de saúde⁵³ – “...na minha casa eu confio no ACS, mas não 100%, se eu tenho uma doença contagiosa eu não conto... que não é bom todo mundo saber...” (p. 47)⁵³ –; (b) as significativas dificuldades para identificação de questões (bio)éticas no cotidiano da unidade de saúde da família – de fato, “observou-se que grande parte dos participantes da pesquisa tinham dificuldade de identificar problemas de cunho (bio)ético em seu processo de trabalho” (p. 114)⁴⁸ –; e, também, (c) a percepção de certas lacunas na construção dos conceitos, teorias e métodos próprios à (bio)ética, por parte dos partícipes, os quais expressaram ideias equivocadas “acerca da compreensão dos conceitos básicos da (bio)ética e da ética profissional” (p. 366).⁴⁷

Os dados empíricos subsidiaram a proposição de *estratégias educacionais*, na lógica do estabelecimento de espaços-tempos de formação propícios à construção do conhecimento (bio)ético na APS/ESF. Tal encaminhamento já havia sido pensado, de modo igualmente pioneiro, por Elma Zoboli e Fátima Soares, em trabalho realizado no município de

Santo André-SP.⁵⁴ Desenhou-se, então, uma proposta de oficina de formação, alicerçada na concepção de *pluralismo pedagógico* – utilizando variados métodos de ensino-aprendizagem (exposição dialogada, exibição de filme de cinema, problematização, júri simulado, dramatização e discussão de situação-problema), sob inspiração dos trabalhos do filósofo Paul K. Feyerabend^{55,56} –, cuja abordagem foi centrada (i) nos conceitos básicos da (bio)ética, (ii) nas questões (bio)éticas e políticas do SUS, (iii) na comunicação de diagnóstico, sigilo, privacidade e confidencialidade e (iv) no sigilo profissional na APS/ESF.⁵⁷ As *oficinas de formação* foram realizadas, mediante adaptações, em Viçosa-MG⁵⁸ (com a participação de membros das equipes de APS/ESF, de todas as categorias profissionais), em Magé-RJ⁵⁹ (com o envolvimento dos agentes comunitários de saúde) e no Rio de Janeiro-RJ⁶⁰ (dirigida aos médicos residentes da área de Medicina de Família e Comunidade), obtendo-se resultados satisfatórios, com destaque para *boas* percepções, tais como “ACS 40. [...] *tivemos a oportunidade de conversar sobre as situações-problema, sobre bioética e Estratégia Saúde da Família, para onde levarei os ensinamentos*” (p. 73)⁵⁹ e “*A situação-problema que abordava a questão do sigilo e confidencialidade com o HIV foi muito interessante*” (p. 491).⁵⁸ A despeito dos resultados promissores, identificou-se – nos trabalhos realizados – que as oficinas representam, em última análise, a criação de um movimento para a construção de conhecimentos sobre a (bio)ética, o qual a despeito da importância apresentou como inescapável desvantagem a oferta pontual (ou seja, foram realizadas em apenas uma oportunidade). Desta feita, alinhou-se a proposta de criação de uma *Comissão de Bioética e Atenção Primária à Saúde*,⁶¹ inicialmente dirigida à realidade do município do Rio de Janeiro, a qual cumpriria o papel de funcionar como estratégia de *educação permanente* – mantendo-se como *locus* de debate das questões (bio)éticas – na perspectiva de “*fortalecer a atuação dos profissionais da saúde nas ações de cuidado às pessoas, por atuar na relativa*

invisibilidade de muitos dos conflitos éticos que grassam no cotidiano laboral na APS, os quais – em sua maioria – são imperceptíveis aos olhos dos trabalhadores da saúde” (p. 125).⁶¹

A caracterização, em concordância com Zoboli e Fortes, de que a atuação na “*atenção básica reorganizada pela estratégia PSF requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também do equacionamento ético*” (p. 1697)⁴⁴ permitiu o delineamento da terceira *frente* de investigação – delimitação de ferramentas conceituais para análise das situações (bio)éticas –, a qual se organizou em termos da busca de referenciais teóricos que pudessem ser aplicados à apreciação dos problemas mapeados nas pesquisas empíricas. Em um primeiro movimento, foram avaliados os aspectos do trabalho no âmbito da APS/ESF – articulados ao debate contemporâneo sobre a lógica do capitalismo tardio e da precarização laboral⁶² –, temática menos explorada à luz da (bio)ética contemporânea. Nessa investigação, para além da tematização do trabalho *em si*, foram identificadas *chaves teóricas* importantes – em termos do pensamento de Michel Foucault⁶² e de Gilles Deleuze⁶³ – as quais foram empregadas para pensar as relações de poder na APS/ESF, na esfera da biopolítica e das sociedades de controle.⁶⁴ No ensaio produzido⁶⁵ – o qual articula conversações sobre a “transição” do modelo biomédico ao SUS, analisando os poderes e os controles evocados em nome de uma *vida saudável* – conclui-se que a despeito do “*inequívoco avanço em termos da – tentativa de – superação do modelo biomédico, a ESF contém em si o risco de se constituir em um instrumento de captura e de dominação – na lógica da biopolítica, do biopoder e das modulações dos indivíduos – mais eficaz do que aqueles identificados nos hospitais*” (p. 104).⁶⁵ Em publicação subsequente, foi

⁶⁴ Neste caso, das leituras deleuzianas das análises elaboradas, por Foucault, dirigidas às sociedades de soberania, disciplinares e de controle. Ver: Deleuze G. *Post-Scriptum* sobre as Sociedades de Controle. In: Deleuze G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

possível apontar que a Bioética da proteção – amalgamada às concepções de *cuidado* e de *compaixão laica* – pode adquirir “[...] o papel de um genuíno antídoto às capturas biopolíticas e aos dispositivos do biopoder, os quais podem ser instrumentalizados no bojo da ESF, em sintonia com a massificação e a uniformização das ações desempenhadas na esfera da APS” (p. 67).⁶⁶ Desta feita, delimitou-se um cenário no qual a filosofia de Michel Foucault (com as respectivas leituras deleuzianas) e a Bioética da proteção de Fermin R. Schramm e Miguel Kottow – com a incorporação do conceito de *compaixão laica*, essencial à (Bio)ética para todos os seres –, seriam boas apostas para a criação de categorias analíticas dirigidas às questões (bio)éticas na APS/ESF, como se procurará esboçar na próxima seção.

(BIO)ÉTICA E ESF: CUIDADO DE SI E COMPAIXÃO LAICA

A excelente ideia, proposta por Giorgio Agamben, de que toda pesquisa “deverá implicar um cuidado arqueológico, isto é, retroceder no próprio percurso até o ponto em que algo ficou obscuro e não tematizado” (p. 8)⁶⁷ representou o estímulo para a revisão da trajetória de investigações dirigidas às questões (bio)éticas na APS, o que permitiu a proposição da seguinte indagação: Quais modelos explicativos podem ser evocados para abordar os problemas (bio)éticos descritos na APS/ESF, tendo em vista a perspectiva de resistência aos dispositivos de controle e às capturas biopolíticas? As respostas – provisórias – podem ser construídas a partir da identificação dos dois “polos” principais dos conflitos (bio)éticos/políticos, elencados a partir da leitura atenta dos estudos apresentados na seção anterior: (1) o usuário do SUS e (2) o trabalhador da área da saúde, como exposto na figura 1.

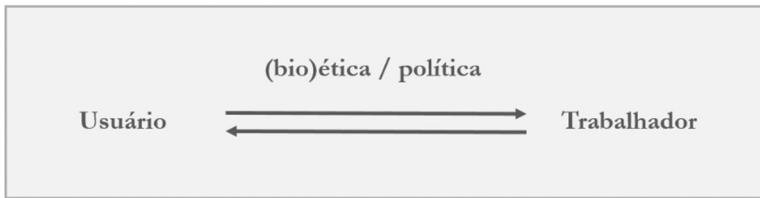


Figura 1. Relações (bio)ético-políticas entre usuário e trabalhador na APS/ESF.

A reflexão sobre o *lugar* do usuário do SUS deve necessariamente estar relacionada ao que se espera da APS/ESF, mormente ao se considerar a *Política Nacional de Atenção Básica* do Ministério da Saúde, segundo a qual se deve “[...] *buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde*” (Item VIII).⁶⁸ Ademais, no mesmo texto, define-se que “*a partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa*” (Item XI).⁶⁸ A leitura detida dos dois excertos permite que se conjecture sobre a centralidade do autoconhecimento e da autodeterminação do usuário do SUS, para que seja alcançado êxito no desenvolvimento das “*ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde*” (art. 2º),⁶⁸ constitutivas da APS/ESF.

A discussão sobre a *autonomia* do usuário do SUS poderia ser posicionada a partir de diferentes tradições de pensamento, da ética de Immanuel Kant⁶⁹ ao princípalismo bioético de Beauchamp e Childress.⁷⁰ Mas, para manter a coerência em relação aos autores já anunciados, fez-se a opção pela articulação teórica com o conceito de *cuidado de si* de Michel Foucault, um dos frutos das reflexões do autor dirigidas ao Pensamento Antigo, compondo gregos e latinos. Nesses termos, “[...] *o cuidado de si tem*

um objetivo, uma justificação precisa: trata-se de ocupar-se consigo a fim de poder exercer o poder ao qual se está destinado, como se deve, sensatamente, virtuosamente” (p. 102).⁷¹ O fato de “ocupar-se consigo” diz respeito, em última análise, a um domínio no qual toda a reflexão-ação sobre o mundo dependerá de uma prévia reflexão-ação sobre si mesmo, em um duplo movimento que se contrapõe a um posicionamento meramente egoísta ou narcisista.⁷² A ocupação voltada para si, no âmbito da APS/ESF, pode ser vista como uma manifestação do exercício da autonomia, da livre escolha, mas que leva em consideração o contexto no qual se insere o usuário. Trata-se, pois, da autodeterminação dirigida às alternativas possíveis, concernentes aos projetos de vida considerados importantes, na perspectiva do titular da existência. Tal exercício permite a formulação de uma *ética do cuidado de si*, a qual é caracterizada – por Foucault – como uma prática da liberdade,⁷³ pois, como indagado pelo próprio filósofo, “*o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade?*” (p. 3).⁷³ Na sequência, o próprio Foucault pondera que “*a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade?*” (p. 3).⁷³

O exercício da liberdade, em termos do cuidado de si, depende do autoconhecimento, conhecimento de si, como esclarecido por Foucault: “[...] *o cuidado de si tem como forma principal, senão exclusiva, conhecimento de si: ocupar-se consigo é conhecer-se*” (p. 102).⁷¹ Nesse sentido, conhecer-se e cuidar-se podem ser pressupostos – ao se considerar o usuário do SUS – para a resistência às capturas biopolíticas e às sujeições estabelecidas nas relações com profissionais da área da saúde,¹ os quais podem “cair na tentação” de controlar, exercer poder e tentar normatizar/modular aqueles que deveriam ser os protagonistas das ações de cuidado.

¹ De fato, “*a atitude para consigo corresponde a um cuidado com a própria vida tanto em seu sentido biológico quanto subjetivo, ou seja, o homem, num embate com padrões de existência normalizantes, movido por sua vontade de vir a ser algo que esteja de acordo com seu desejo de vida, molda sua subjetividade através de suas escolhas*” (p. 168). Cf. Galvão, 2014, *op. cit.*

O *segundo polo* da relação esboçada na figura 1 é ocupado pelo trabalhador da área de saúde com atuação na APS/ESF. Retomando a *Política Nacional de Atenção Básica*, pode-se considerar o dever profissional com a equidade, consubstanciado em “*ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade*” (Item 1.1).⁷⁴ Ofertar o cuidado é um ato de proteção,⁷⁵ o que permite o encaminhamento das conversações – de acordo com apontamentos anteriores – para o conceito de *compaixão laica*,³⁴ à luz da *(Bio)ética para todos os seres*^K e do reconhecimento do “*ser humano como um ser-de-cuidado e de com-paixão*” (p. 18).⁷⁶ Nesse sentido, o exercício da *compaixão*^{35,77} pressupõe “[...] *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*” (p. 51).⁷⁸ Ou seja, atuar compassivamente diz respeito ao não-julgamento, elemento essencial para a acolhida incondicional de um *outro*, lançado no *vir-a-ser* e no *deixar-de-ser* (Quadro 1).

Como pode ser percebido no Quadro 1, a primeira etapa necessária ao exercício da *compaixão laica* é o reconhecimento da [quididade] de todos os seres. A *quididade*, utilizada sem colchetes, pode ser definida como *essência necessária*, ou, de modo afim ao pensamento de São Tomás de Aquino, tal qual “*aquilo pelo que a coisa é estabelecida no próprio gênero ou espécie*” (p. 6).⁷⁹ O conceito remete à expressão aristotélica $\tau\omicron\ \tau\iota\ \eta\upsilon\ \epsilon\iota\upsilon\alpha\iota$,^L

^K A formulação original da *Ética para todos os seres* foi reorientada para a *(Bio)ética para todos os seres*, em concordância com os pontos apresentados adiante. Cf. Siqueira-Batista R. Quantum bioethics: ethics for all beings. *Cien Saúde Col* 2008; 13: 1013-1015. Ver também Siqueira-Batista R. *(Bio)ética para todos os seres: próêmio*. In: Castro JC, Niemeyer-Guimarães M, Siqueira-Batista R. *Caminhos da Bioética*. Volume III. Teresópolis: Editora Unifeso, 2020, p. 257-276.

^L De acordo com Nicola Abbagnano, *quididade* “*corresponde à expressão aristotélica $\tau\omicron\ \tau\iota\ \eta\upsilon\ \epsilon\iota\upsilon\alpha\iota$*

ou seja, “o que faz com que uma coisa seja aquilo que é” (p. 6)⁷⁹ ou a “substância de cada coisa”.⁸⁴

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-nomundo* (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-Batista, 2006 (p. 135),³⁴ Siqueira-Batista, 2010 (p. 355-356)⁷⁷ e Siqueira-Batista, 2020 (p. 269).³⁵

(*quod quid erat esse*). *Esse termo significa essência necessária*” (p. 820). Cf. Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

⁸⁴ Esta interpretação é afim à concepção de Suzanne Mansion, autora para a qual o conceito de quididade se refere à substância de cada coisa. Cf. Mansion S. La science, connaissance de l'essence. In: Mansion S. Le jugement d'existence chez Aristote. Louvain: Éditions de L'Institut Supérieur de Philosophie, 1976., p. 43-61. Discussão interessante sobre essa questão pode ser consultada em Castro P.A. O conceito de “substância” na Metafísica e nas Categorias de Aristóteles. Conjectura: Filosofia e Educação, v. 25, e020005, 2020.

A escolha do termo *quididade*, no bojo da *(Bio)ética para todos os seres*, acena para tudo o que *rem-a-ser* e que *deixa-de-ser*, em atenção ao formulado por Aristóteles na *Metafísica*: “*toda a substância é natureza*” (p. 6).⁷⁹ Tendo em vista que não se pretende entabular uma discussão sobre *ente* e *essência* e, tampouco, a proposição de uma ética a partir de uma ontologia – mas, tão somente, tomar por empréstimo a concepção medieval de *quididade* – adotar-se-á o uso da palavra entre colchetes, ou seja, [*quididade*]. Pode-se comentar, isto posto, que *todos os seres* que integram a natureza estão submetidos ao “*decreto do Tempo*”⁸⁰ – como explicitado por Anaximandro de Mileto^v –, ou seja, estão iguados nos termos de *vir-a-ser* e de *deixar-de-ser*. Essa condição específica de igualdade será denotada por [*quididade*], de acordo com as ponderações ora apresentadas.

A compreensão de que *todos os seres* podem ser pensados em termos da [*quididade*] permite que se delimite a central noção de *totalidade* (afinal, a reflexão abrange “*todos*” os seres), a qual poder ser articulada ao ideário helênico de *phýsis* (φύσις), a “*totalidade de tudo o que é*” (p. 13).⁸¹ É possível compor tal formulação ao pensamento do físico David Bohm, uma vez que “*noções que impliquem a totalidade indivisa do universo proporcionariam um modo muito mais ordenado de considerar a natureza geral da realidade*” (p. 12).⁸² A leitura atenta deste trecho – de modo a utilizar a Física contemporânea como *imagem* (não como “fundamento”) – prenuncia uma *totalidade única*, a qual não diz respeito apenas ao simples somatório de *todos os seres*, mas, sim, à inclusão de tudo o que existe “*coerente e harmoniosamente, num todo global indiviso, ininterrupto e ilimitado*” (p. 11).⁸²

^v “... uma outra natureza apeiron, de onde provém todos os céus e mundos neles contidos. E a fonte da geração das coisas que existem é aquela em que a destruição também se verifica ‘segundo a necessidade; pois pagam castigo e retribuição umas às outras, pela sua injustiça, de acordo com o decreto do Tempo’, sendo assim que ele se exprime, em termos assaz poéticos”. Cf. Simplicio in *Phys.* 24, 17. Cf. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. *Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994, p. 117.

A coerência e, especialmente, a *harmonia* – conceito recuperável a partir do Pensamento Grego Antigo, de modo similar à noção de *physis* – desta *totalidade única* pode ser proposta em direção às *relações* que se estabelecem entre os seres, o que põe em relevo a ideia de *interdependência* de todas as formas de existência. Com efeito, tudo o que *vem-a-ser* e que *deixa-de-ser* está de algum modo interconectado, tal qual reconhecido por Arne Naess – em termos da *Ecologia profunda*⁸³ – e por Fritjof Capra, o qual considera que todos “*os seres vivos são membros de comunidades ecológicas ligadas umas às outras numa rede de interdependências*” (p. 28).⁸⁴ Tal excerto deve ser considerado em toda sua amplitude, tendo em vista a inclusão de *todos os seres* na referida *rede de interdependência* e não apenas dos *seres vivos*.^{35,77}

A atitude diante do reconhecimento da [*quididade*], tendo em vista os seres inscritos no espaço e no tempo, em uma *totalidade única*, em cuja intimidade se estabelecem relações de *interdependência*, implica a irrestrita receptividade do outro, uma vez que a compreensão desta condição torna inconsistente que o *eu* se perceba apartado do restante da realidade. Trata-se, como poderia formulado por Naess, de reconhecer “*a importância intrínseca da natureza para a humanidade [da mulher e] do homem*” (p. 57).⁸⁵ É precisamente nesse contexto que emerge a acolhida que se estabelece entre os seres envolvidos, *compaixão laica*, consistindo em um genuíno amparo à igualdade constitutiva de suas condições, sem julgamento (figura 2). A consequência desta compreensão seria a oferta do acolhimento incondicional do outro, o que não diz respeito – é importante frisar – à adoção de um posicionamento paternalista,⁸⁵ pois, de fato, a acolhida – assim como a proteção e o cuidado –, não é atinente à submissão daquele que é *recebido* em relação àquele que recebe. Deve ser comentado, igualmente, 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)⁸⁶ –, constatação esta que pode ser estendida às concepções de proteção e de *compaixão laica*.

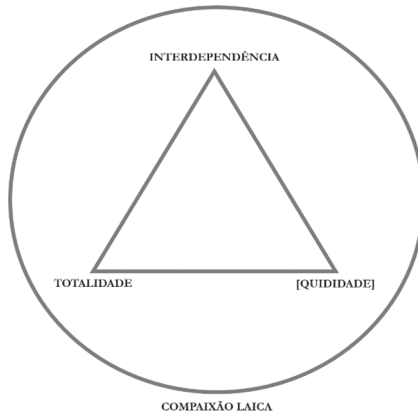


Figura 2. Conceitos fundamentais da (Bio)ética para todos os seres (Modificado de SIQUEIRA-BATISTA, 2020).

Deve ser comentado que a aproximação entre o ideário da compaixão e o trabalho empreendido na APS/ESF foi o mote em recente publicação,⁸⁷ na qual é proposto que se “[...] a centralidade da pessoa é uma das características desejada para a Medicina contemporânea, o desenvolvimento da compaixão como uma atitude fundamental deve ocupar lugar importante na formação e na prática médica” (p. 8).⁸⁷

A partir das conversações desenvolvidas, preliminarmente, nesta seção, pode-se reorganizar a figura 1 nos termos apresentados na figura 3.

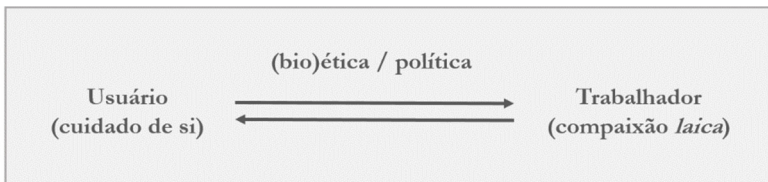


Figura 3. Relações (bio)ético-políticas entre usuário e trabalhador na APS/ESF: entre *cuidado de si* e *compaixão laica*.

Com efeito, é possível conceber a articulação entre *cuidado de si* e *compaixão laica* – atitudes do usuário do SUS e do trabalhador da área da saúde, respectivamente – como pressuposto fundamental à reflexão/ação (bio)ética, nos termos do cuidado às pessoas que recorrem à APS/ESF, de acordo com a proposta preliminarmente esboçada neste ensaio.

PARA NÃO CONCLUIR

A condição de vanguarda do SUS – afirmação que pode ser corroborada (i) ao se comparar a realidade brasileira com àquela vigente em outros países, como explicitado no filme *Sicko*,⁸⁸ de Michael Moore, e (ii) ao se consultar a extensa produção acadêmica, nacional e estrangeira, abordando o SUS^{89,90,91} –, com as pertinentes reverberações ético-políticas em termos da organização dos cuidados primários, tem permitido um redimensionamento das interações entre usuários, familiares e profissionais, permitindo a emergência de problemas (bio)éticos até então não *mapeados*, em termos da atividade laboral exercida no âmbito da APS/ESF. De fato, o estabelecimento de relações pertinentes à atenção à saúde no *ambiente* das pessoas (espaço comunitário, diferente do espaço hospitalar), a *dupla vinculação* dos ACS – membros da equipe e pertencentes à comunidade – e a centralidade da participação popular nas decisões atinentes à organização do cuidado à saúde, conforme previsto em todo o arcabouço legal do SUS, representam ingredientes importantes para a emergência de conflitos de distintas ordens, os quais conformam um *admirável mundo novo* dotado de questões próprias que precisam ser equacionadas – e devidamente enfrentadas – com a participação de todos os envolvidos.

A apresentação de um rol de pesquisas científicas dirigidas à delimitação dos problemas (bio)éticos na APS/ESF – de modo articulado

à *preliminar* reflexão sobre os trabalhos coligidos, uma vez que “*só um pensamento que não esconde o próprio não-dito, mas incessantemente o retoma e o desenvolve pode, eventualmente, pretender a originalidade*” (p. 8)⁶⁷ – representou a proposta do presente ensaio. Nesse sentido, partindo-se de uma brevíssima delimitação da ética e da bioética, sintetizada como (bio)ética, foi possível explicitar os resultados das três *frentes* de investigação exploradas, nos últimos anos, pelos autores e seus colaboradores – quais sejam: (1) empírica, (2) educacional e (3) teórica –, as quais conduziram à necessidade de aprofundamento das análises conceituais, imprescindíveis ao adequado delineamento do campo de estudo. Cabe comentar que as dificuldades que vêm sendo descritas, na literatura, em relação aos problemas (bio)éticos no bojo da APS/ESF, podem ser abordadas a partir de procedimentos de educação continuada e de educação permanente, os quais poderão auxiliar os profissionais nos processos de construção do próprio conhecimento, o que no caso se relaciona, definitivamente, à capacidade de identificar questões e de (tentar) resolvê-las utilizando, para isto, princípios e conceitos para sustentação das melhores decisões.

As relações no espaço-tempo da APS/ESF circunscreveram-se em termos dos dois *polos* já comentados – usuário do SUS e profissional da saúde – os quais foram discutidos, em um primeiro esboço, à luz dos conceitos de *cuidado de si* e de *compaixão laica*. Nesses termos, propõe-se que a atitude do trabalhador da APS/ESF deverá ser de acolhida incondicional – aspecto chave da *compaixão laica*, na perspectiva da *(Bio)ética para todos os seres* –, a partir do reconhecimento de que a melhor contribuição – de um profissional – para o desenvolvimento das ações de atenção e de *proteção* à saúde de outrem, deverá ser a criação de um cenário favorável ao pleno exercício do *cuidado de si*. Com efeito, as relações centrais estabelecidas entre o usuário do SUS e o trabalhador da APS/ESF serão construídas entre iguais e sustentadas nos referenciais da liberdade e da compaixão.

É preciso esclarecer, nesse momento derradeiro, que o esforço despendido nesse ensaio não pode ser entendido como obra acabada. Na verdade, o tratamento conceitual dado aos problemas (bio)éticos, de acordo com a proposta ora apresentada, é um primeiro esboço, tosco rascunho, o qual ainda demandará longa reflexão. Ademais, novas investigações deverão ser realizadas, abrangendo as distintas nuances (bio)éticas dos cuidados primários à saúde. Esta perspectiva torna-se particularmente salutar, ao se considerar (i) a complexidade das sociedades contemporâneas – incluindo a realidade brasileira, cuja atual crise tem reais matizes de ameaça ao SUS –, (ii) as críticas ao papel do Estado, considerando o exercício do poder e os seus dispositivos de captura da vida e de controle das pessoas e, especialmente, (iii) o papel seminal que a APS/ESF *pode ter* na resistência a este espúrio estado de coisas, produzindo espaços para o exercício, livre, de uma vida mais saudável e, quem sabe, fomentando a potência de uma existência mais feliz.

REFERÊNCIAS

1. SUS. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CARTA DE MOBILIZAÇÃO SUS 20 ANOS - A SAÚDE DO TAMANHO DO BRASIL. DISPONÍVEL EM: [HTTP://CONSELHO.SAUDE.GOV.BR/ULTIMAS_NOTICIAS/2008/CARTA20ANOSDOSUS.PDF](http://CONSELHO.SAUDE.GOV.BR/ULTIMAS_NOTICIAS/2008/CARTA20ANOSDOSUS.PDF). CONSULTADO EM 31 DE OUTUBRO DE 2021.
2. PAIVA CHA, TEIXEIRA LA. REFORMA SANITÁRIA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: NOTAS SOBRE CONTEXTOS E AUTORES. HIST CIENC SAUDE MANGUINHOS 2014; 21(1):15-36.
3. SOUTO LRF, OLIVEIRA MHB. MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: UM PROJETO CIVILIZATÓRIO DE GLOBALIZAÇÃO ALTERNATIVA E CONSTRUÇÃO DE UM PENSAMENTO PÓS-ABISSAL. SAÚDE DEBATE 2016; 40(108): 204-218.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PARA ENTENDER O CONTROLE

- SOCIAL NA SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013.
5. COTTA RMM, MENDES FF, MUNIZ JN. DESCENTRALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DO IMAGINÁRIO AO REAL. VIÇOSA. ED. UFV/CEBES, 1998.
 6. BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/CONSTITUICAO/C ONSTITUICAO.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). CONSULTADO EM 1º DE OUTUBRO DE 2019.
 7. GUIZARDI FL, PINHEIRO R. DILEMAS CULTURAIS, SOCIAIS E POLÍTICOS DA PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS DE SAÚDE. CIÊNC SAÚDE COLET 2006; 11(3): 797-805.
 8. SIQUEIRA-BATISTA R. AKROPOLIS: LIÇÕES PARA PENSAR O SUS. DIVERSITATES 2014; 6:1-6.
 9. STARFIELD B. ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUILÍBRIO ENTRE A NECESSIDADE DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS. BRASÍLIA: UNESCO; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.
 10. CAMARGO KR. O PARADIGMA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO OU BIOMÉDICO. REV BRAS HIS CIEN 2013; 6: 183-195.
 11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DTR2004.SAUDE.GOV.BR/DAB/ATENCAOBASICA.PHP#N UMEROS](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaoBasica.php#numeros). CONSULTADO EM 31 DE OUTUBRO DE 2021.
 12. MOTTA LCS, SIQUEIRA-BATISTA R. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CLÍNICA E CRÍTICA. REV BRAS EDUC MED 2015; 39: 196-207.
 13. COTTA RMM, CAMPOS AAO, MENDONÇA ET, COSTA GD, MACHADO JC, SILVA LS, SIQUEIRA RL, LEÃO RT, REIS R. POLÍTICAS DE SAÚDE: DESENHOS, MODELOS E PARADIGMAS. VIÇOSA: EDITORA UFV, 2013.
 14. BESNIER B. A DISTINÇÃO ENTRE PRAXIS E POIËSIS EM ARISTÓTELES. ANALYTICA 1996; 1(3): 127-163.
 15. ARISTÓTELES. ÉTHIQUE DE NICOMAUQUE. PARIS: QUES GARNIER, 1961.
 16. SIQUEIRA-BATISTA R. DEUSES E HOMENS. MITO, FILOSOFIA E MEDICINA NA GRÉCIA ANTIGA. SÃO PAULO: LANDY, 2003
 17. BLACKBURN S. DICIONÁRIO OXFORD DE FILOSOFIA. RIO DE JANEIRO: JORGE ZAHAR, 1997.
 18. ABBAGNANO N. DICIONÁRIO DE FILOSOFIA. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 2003.

19. CORTINA A. O FAZER ÉTICO: GUIA PARA A EDUCAÇÃO MORAL. SÃO PAULO: MODERNA, 2003.
20. SIQUEIRA-BATISTA R, MOTTA OJR, GOMES AP. SOB AS BENÇÃOS DE JANO: (BIO)ÉTICA – PASSADO, PRESENTE E FUTURO. IN: SOEIRO ACV, PALHETA NETO FX. ENSAIOS EM BIOÉTICA E CUIDADO EM SAÚDE. BELÉM: GCOM GRÁFICA E EDITORA, 2021, p. 23-60.
21. JAHR F. BIO-ETHIC: EINE UMSCHAU ÜBER DIE ETHISCHEN. BEZIEHUNGEN DES MENSCHEN ZU TIER UND PFLANZE. KOSMOS. HANDWEISER FÜR NATURFREUNDE 1927; 24(1): 2-4.
22. GOLDIM JR. DEFINIÇÃO DE BIOÉTICA - FRITZ JAHR 1927. DISPONÍVEL EM:
[HTTPS://WWW.UFRGS.BR/BIOETICA/BIOET27.HTM](https://www.ufrgs.br/bioetica/bioet27.htm).
CONSULTADO EM 31 DE OUTUBRO DE 2021.
23. POTTER VR. BIOETHICS, SCIENCE OF SURVIVAL. PERSPECT BIOL MED 1970; 14(1): 173-153.
24. POTTER VR. BIOETHICS: BRIDGE TO THE FUTURE. ENGLEWOOD CLIFFS: PRENTICE-HALL; 1971.
25. OLIVEIRA ILVAC. 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.
26. MOTTA LCS, VIDAL SV, SIQUEIRA-BATISTA R. BIOÉTICA: AFINAL, O QUE É ISTO? REV SOC BRAS CLIN MED 2012; 10(3): 431-439.
27. REGO S, PALÁCIOS M, SIQUEIRA-BATISTA R. BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE. 2ª REIMP. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2020.
28. KOTTOW M. INTRODUCCIÓN A LA BIOÉTICA. SANTIAGO: UNIVERSITÁRIA; 1995.
29. SCHRAMM FR. A BIOÉTICA DE PROTEÇÃO: UMA FERRAMENTA PARA A AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS? CIENC SAÚDE COLET 2017; 22(5):1531-1538.
30. KOTTOW M. BIOÉTICA DE PROTEÇÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO LATINO-AMERICANO. IN: SCHRAMM, FR ET AL. BIOÉTICA: RISCOS E PROTEÇÃO. RIO DE JANEIRO: EDITORA UFRJ/FIOCRUZ, 2005. p. 29-44.
31. UNESCO. DECLARAÇÃO UNIVERSAL EM BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. TRADUÇÃO ANA TAPAJÓS E MAURO MACHADO DO PRADO. UNESCO, 2005. DISPONÍVEL EM

- [HTTPS://BVSM.SAÚDE.GOV.BR/BVS/PUBLICACOES/DECLARACAO_UNIV_BIOETICA_DIR_HUM.PDF](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf). CONSULTADO EM 31 DE OUTUBRO DE 2021.
32. SCHRAMM FR, KOTTOW M. PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN SALUD PÚBLICA: LIMITACIONES Y PROPUESTAS. CAD SAÚDE PUB 2001; 17(4): 949-956.
 33. SIQUEIRA-BATISTA R, SCHRAMM FR. A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E A COMPAIXÃO LAICA: O DEBATE MORAL SOBRE A EUTANÁSIA. CIEN SAÚDE COL 2009; 14:1241-1250.
 34. 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.
 35. SIQUEIRA-BATISTA R. (BIO)ÉTICA PARA TODOS OS SERES: PROÊMIO. IN: CASTRO JC, NIEMEYER-GUIMARÃES M, SIQUEIRA-BATISTA R. CAMINHOS DA BIOÉTICA. VOLUME III. TERESÓPOLIS: EDITORA UNIFESO, 2020, p. 257-276.
 36. SCHRAMM FR. TRÊS ENSAIOS DE BIOÉTICA. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2015.
 37. REICH WT. ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. NEW YORK: MACMILLAN PUB. Co.: SIMON & SCHUSTER MACMILLAN; LONDON: PRENTICE HALL INTERNATIONAL, 1995.
 38. CLOTET J. BIOÉTICA COMO ÉTICA APLICADA E GENÉTICA. REV BIOET 1997; 5(1): 173-183.
 39. SCHRAMM FR. TODA ÉTICA É, ANTES, UMA BIOÉTICA. HUMANIDADES 1994; 9(4): 324-331.
 40. SIQUEIRA-BATISTA R, CARNEIRO MC, GOMES AP, BATISTA RS, SILVA SANTOS S. CIRURGIA E (BIO)ÉTICA: O CASO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. XXVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA, 2005, RIO DE JANEIRO. REV CBC 2005; 32: 569-569.
 41. ROJAS M, CORNELLI G. (BIO)ÉTICA E (BIO)TECNOLOGIA. REV BRAS BIOET 2010; 6(1-4): 115-138.
 42. BRAMA GMR, GRISÓLIA CK. BIO(ÉTICA) AMBIENTAL: ESTRATÉGIA PARA ENFRENTAR A VULNERABILIDADE PLANETÁRIA. REV BIOET 2012; 20(1): 41-48.
 43. SIMAS KBF, SIMÕES PP, GOMES AP, COSTA AAZ, PEREIRA CG, SIQUEIRA-BATISTA R. (BIO)ETHICS AND PRIMARY HEALTH CARE: PRELIMINARY STUDY ON FAMILY CLINICS IN

- THE CITY OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL. *CIÊN SAÚDE COL* 2016; 21: 1481-1490.
44. ZOBOLI ELCP, FORTES PAC. *BIOÉTICA E ATENÇÃO BÁSICA: UM PERFIL DOS PROBLEMAS ÉTICOS VIVIDOS POR ENFERMEIROS E MÉDICOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SÃO PAULO, BRASIL. CAD SAÚDE PUB* 2004; 20(6): 1690-1699.
 45. ESMERALDO GROV, OLIVEIRA LC, ESMERALDO FILHO CE, QUEIROZ DM. *TENSÃO ENTRE O MODELO BIOMÉDICO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A VISÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE. REV APS* 2017; 20: 98-106.
 46. VIDAL SV, MOTTA LCS, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R. *PROBLEMAS BIOÉTICOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES NECESSÁRIAS. REV BIOET* 2014; 22: 347-357.
 47. MOTTA LCS, VIDAL SV, GOMES AP, LOPES T. C. C, RENNÓ L, MIYADAHIRA R, SIQUEIRA-BATISTA R. *SEARCHING FOR ETHOS IN FAMILY HEALTH STRATEGY: A BIOETHICAL INVESTIGATION. REV BIOET* 2015; 23: 360-372.
 48. SIQUEIRA-BATISTA R, GOMES AP, MOTTA LCS, RENNÓ L, LOPES TCC, MIYADAHIRA R, VIDAL SV, COTTA RMM. *BIOETHICS AND FAMILY HEALTH STRATEGY: MAPPING PROBLEMS. SAÚDE SOC* 2015; 24(1):113-128.
 49. SIMAS KBF. *BIOÉTICA, EDUCAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O CASO DA RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. TESE (DOUTORADO). PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2016.*
 50. VIDAL SV. *BIOÉTICA, EDUCAÇÃO E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE PRÁXIS E PAIDÉIA. TESE (DOUTORADO). PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2014.*
 51. COLODETTE RM. *BIOÉTICA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS QUE ATUAM NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE VIÇOSA – MG. DISSERTAÇÃO (MESTRADO). PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE, UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA, 2018.*
 52. CARVALHO DFF. *ASPECTOS BIOÉTICOS DA ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): PERSPECTIVA DO FISIOTERAPEUTA. 2017. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA,*

- ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2017.
53. SEOANE AF, FORTES PAC. A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A PRIVACIDADE E A CONFIDENCIALIDADE DE SUAS INFORMAÇÕES. SAÚDE SOC 2009; 18(1): 42-49.
 54. SOARES FAC, ZOBOLI ELCP. CAPACITAÇÃO EM BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ, SP. REV ESC ENFERM USP 2012; 46: 1248-1253.
 55. FEYERABEND PK. CONTRA O MÉTODO. RIO DE JANEIRO: LIVRARIA FRANCISCO ALVES; 1977.
 56. GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R, REGO S. EPISTEMOLOGICAL ANARCHISM OF PAUL KARL FEYERABEND AND MEDICAL EDUCATION. REV BRAS EDU MED 2013; 37: 39-45.
 57. VIDAL SV, GOMES AP, MAIA PM, GONÇALVES LL, RENNÓ L, MOTTA LCS, SIQUEIRA-BATISTA R. A BIOÉTICA E O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO. REV BRAS EDUC MED 2014; 38: 372-380.
 58. GOMES AP, GONÇALVES LL, SOUZA CR, SIQUEIRA-BATISTA R. FAMILY HEALTH STRATEGY AND BIOETHICS: FOCUS GROUP DISCUSSIONS ON WORK AND TRAINING. REV BIOET 2016; 24: 488-494.
 59. VIDAL SV, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CENA: A FORMAÇÃO BIOÉTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, EM TRÊS ATOS. REV BRAS EDUC MED 2016; 40: 67-76.
 60. SIQUEIRA-BATISTA R, SIMAS KBF, LUZON L, MONTENEGRO S, GOMES AP. BIOÉTICA E RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO - RELATO DE EXPERIÊNCIA. REV BRAS MED FAM COMUNIDADE 2020; 15(42):1957.
 61. SIMAS KBF, GOMES AP, FERREIRA MLA, RODRIGUES DD, 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.
 62. RODRIGUES CS. O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A LÓGICA DO CAPITALISMO TARDIO: A PRECARIZAÇÃO COMO QUESTÃO BIOÉTICA. DISSERTAÇÃO

- (MESTRADO). PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 2017.
63. FOUCAULT M. HISTÓRIA DA SEXUALIDADE I: A VONTADE DE SABER. RIO DE JANEIRO: GRAAL, 1999.
 64. DELEUZE G. POST-SCRIPTUM SOBRE AS SOCIEDADES DE CONTROLE. IN: DELEUZE G. CONVERSACÕES: 1972-1990. RIO DE JANEIRO: EDITORA 34, 1992.
 65. OLIVEIRA ILVAC, SIQUEIRA-BATISTA R. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O IMPERATIVO DA VIDA SAUDÁVEL: CAPTURAS BIOPOLÍTICAS E SOCIEDADES DE CONTROLE - OU SOBRE A CRÍTICA DE FOUCAULT E DELEUZE. REVISTA TRÁGICA: ESTUDOS DE FILOSOFIA DA IMANÊNCIA, v. 11, p. 89-104, 2018.
 66. OLIVEIRA ILVAC, GOMES AP, SIQUEIRA-BATISTA R. BIOPOLÍTICA, BIOPODER E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO COMO ANTÍDOTO. IN: PALÁCIOS M. BIOÉTICA, SAÚDE E SOCIEDADE. RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2019.
 67. AGAMBEN G. SIGNATURA RERUM. SOBRE O MÉTODO. SÃO PAULO: BOITEMPO, 2019.
 68. BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. SEÇÃO “5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA”, ITEM VIII.
 69. KANT I. FUNDAMENTAÇÃO DA METAFÍSICA DOS COSTUMES. LISBOA: EDIÇÕES 70; 1960.
 70. BEAUCHAMP T, CHILDRESS JF. PRINCÍPIOS DE ÉTICA BIOMÉDICA. 3ª ED. SÃO PAULO: LOYOLA; 2012.
 71. FOUCAULT M. HERMENÊUTICA DO SUJEITO. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 2006.
 72. GALVÃO BA. A ÉTICA EM MICHEL FOUCAULT: DO CUIDADO DE SI À ESTÉTICA DA EXISTÊNCIA. INTUITIO 2014; 7(1):157-168.
 73. FOUCAULT M. A ÉTICA DO CUIDADO DE SI COMO PRÁTICA DA LIBERDADE. IN: DITOS & ESCRITOS V - ÉTICA, SEXUALIDADE, POLÍTICA. RIO DE JANEIRO: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 2004.
 74. BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. SEÇÃO “1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA”.
 75. SIQUEIRA BPJ, VALENÇA NETO PF, TEIXEIRA JRB, GOMES FILHO DL. BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E EQUIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. LECTURAS EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES 2013; 17: 1-1.

76. BOFF L. PRINCÍPIO DA COMPAIXÃO E CUIDADO: ENCONTRO ENTRE OCIDENTE E ORIENTE. 4ª ED. PETRÓPOLIS: VOZES, 2009.
77. SIQUEIRA-BATISTA R. A BOA MORTE À LUZ DA ÉTICA PARA TODOS OS SERES: O LUGAR DA COMPAIXÃO LAICA. IN: PEREIRA TS, MENEZES RA, BARBOZA HH. VIDA, MORTE E DIGNIDADE HUMANA. RIO DE JANEIRO: GZ, 2010, p. 341-362.
78. BRANDON D. AJUDA PELO ZEN-BUDISMO. SÃO PAULO: PENSAMENTO; 1976.
79. SÃO TOMÁS DE AQUINO. O ENTE E A ESSÊNCIA. 2ª ED. RIO DE JANEIRO: VOZES, 2005.
80. KIRK GS, RAVEN JE, SCHOFIELD M. OS FILÓSOFOS PRÉ-SOCRÁTICOS: HISTÓRIA CRÍTICA COM SELEÇÃO DE TEXTOS. LISBOA: FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 1994.
81. BORNHEIM GA. OS FILÓSOFOS PRÉ-SOCRÁTICOS. SÃO PAULO: CULTRIX, 2008.
82. BOHM D. A TOTALIDADE E A ORDEM IMPLICADA: UMA NOVA PERCEPÇÃO DA REALIDADE. SÃO PAULO: CULTRIX, 1992.
83. NAESS A. ECOLOGÍA, COMUNIDADE Y ESTILO DE VIDA: ESBOZOS DE UMA ECOSOFÍA. BUENOS AIRES: PROMETEO LIBROS, 2018.
84. CAPRA F. A TEIA DA VIDA: UMA NOVA COMPREENSÃO CIENTÍFICA DOS SISTEMAS VIVOS. SÃO PAULO: CULTRIX; 2012.
85. SIQUEIRA-BATISTA R. EUTANÁSIA E COMPAIXÃO. REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, RIO DE JANEIRO, v. 50, n.4): 334-340, 2004.
86. BOFF L. SABER CUIDAR - ÉTICA DO HUMANO: COMPAIXÃO PELA TERRA. PETRÓPOLIS: VOZES, 2002.
87. WENCESLAU LD, PORTOCARRERO-GROSS E, DEMARZO MMP. COMPAIXÃO E MEDICINA CENTRADA NA PESSOA: CONVERGÊNCIAS ENTRE O DALAI LAMA TENZIN GYATSO E IAN MCWHINNEY. REV BRAS MED FAM COMUNIDADE 2016; 11: 1-10.
88. MOORE M. SICKO - SOS SAÚDE. EUA: DOG EAT DOG PRODUCTIONS / THE WEINSTEIN COMPANY; 2007. [PÁGINA OFICIAL: [HTTP://SICKOTHEMOVIE.COM/](http://sickothemovie.com/)].
89. CASTRO MC, MASSUDA A, ALMEIDA G, MENEZES-FILHO NA, ANDRADE MV, NORONHA KVMS, ROCHA R, MACINKO J, HONE T, TASCA R, GIOVANELLA L, MALIK AM, WERNECK H, FACHINI LA, ATUN R. BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM:

THE FIRST 30 YEARS AND PROSPECTS FOR THE FUTURE.
LANCET 2019; 394(10195):345-356.

90. RIBEIRO PT, TANAKA OY, DENIS JL. REGIONAL GOVERNANCE IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM: A CONCEPTUAL ESSAY. CIEN SAUDE COLET 2017; 22(4):1075-1084.
91. DA MOTA APF, LINDELOW M, OLIVEIRA DE SOUZA D, SJOBLM M. REALIZING THE RIGHT TO HEALTH IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM THROUGH THE LENS OF BREAST AND CERVICAL CANCER. INT J EQUITY HEALTH 2019; 18(1):39.

O PROFISSIONALISMO COMO PROPOSTA DE INCLUSÃO DA DIMENSÃO ÉTICA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

*Luciana Narciso da Silva Campamy
Sergio Rego*

O conceito de Profissionalismo é amplamente discutido, no cenário internacional, por instituições tais como American Board of Internal Medicine (ABIM), Society of Academic Emergency Medicine, the Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME), American College of Physicians and American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), UK General Medical Council, the Royal College of Physicians, e a European Federation of Internal Medicine (EFIM), entre outras¹.

De uma maneira geral, o Profissionalismo tem sido abordado num contexto de relação entre médicos e pacientes/sociedade. Embora existam diferentes definições para o termo, há um consenso em referenciá-lo como uma base “contratual” que rege a relação do profissional de saúde com a sociedade, exigindo que os interesses dos pacientes sejam colocados acima dos interesses de quem o assiste. Os currículos de formação incluem, nesse conceito, valores como: altruísmo, respeito, ética, responsabilidade e integridade^{2,3,4,5}

Desta forma, três princípios fundamentais e um conjunto de responsabilidades profissionais foram enumerados como estruturadores do Profissionalismo pelos membros do *Medical Professionalism Project*²:

- **Princípio da primazia do bem-estar dos pacientes:** baseado no altruísmo, na prestação de serviço de acordo com o interesse do paciente e não pelas forças do mercado ou pressões administrativas;

- Princípio da autonomia do paciente: prima pelo respeito à autonomia, cabendo ao profissional de saúde preparar os seus pacientes para que tomem decisões sobre o projeto terapêutico que lhe for proposto. As decisões do paciente sobre a sua saúde são fundamentais para o processo de assistência, desde que estejam em consonância com a ética profissional;
- Princípio da justiça social: o exercício da profissão deve promover justiça, inclusive no processo da alocação de recursos. Os profissionais devem procurar eliminar o preconceito de qualquer natureza;
- Compromisso com a competência profissional: a educação continuada se faz necessária para a prestação de serviço com qualidade (ampliação do conhecimento científico e do desenvolvimento de habilidades clínicas);
- Compromisso com a honestidade para com os pacientes: o paciente deve ser informado sobre tudo o que se relaciona ao seu tratamento, inclusive sobre a ocorrência de erro profissional, de forma a preservar a confiança entre os usuários/comunidade e os profissionais;
- Compromisso com a confidencialidade dos pacientes: guardar segredo sobre as informações recebidas relativas aos pacientes é fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre pacientes e profissionais, ainda mais num contexto em que dispomos de sistemas eletrônicos de informação que acumulam dados dos usuários da saúde;

- Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes: os pacientes não devem ser explorados de nenhuma forma para obtenção de vantagens pelos profissionais, particularmente quando se trata de ganhos financeiros, sexuais ou favorecimentos pessoais.
- Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados: trabalhar pela garantia da equidade e de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Compromisso com as responsabilidades profissionais: os profissionais devem trabalhar em colaboração para o cuidado aos pacientes, ter respeito para com os pares, participar da autorregulação de sua profissão auxiliando, inclusive, no processo de reabilitação e disciplina dos membros que venham a se desviar dos padrões normativos de conduta profissional.

O tema Profissionalismo ganha maior relevância atualmente, quando o mercado exerce grande influência na organização do trabalho em saúde. O aumento da demanda, num contexto em que o número de profissionais é proporcionalmente reduzido diante do número de usuários da saúde, promove um impacto negativo na prestação de serviços, através da redução do tempo de escuta e atenção dispensada ao paciente. Este fato, assim como o mercantilismo, a falsificação de registros de atendimento e a apropriação indevida de créditos no desenvolvimento de trabalhos, são conflitos éticos gerados pelas mudanças no campo da assistência em saúde^{1,4}.

É um equívoco pensar que o comportamento profissional pode ser regulado unicamente por códigos de ética e sanções disciplinares. Promover o profissionalismo nos programas educacionais é tão

importante quanto promover a responsabilidade civil.⁴ Além disto, a reflexão e o debate sobre a prática clínica são necessários para a construção de formatos norteadores de educação sobre profissionalismo¹. Hilton e Southgate³ destacam os seguintes temas na composição das referências literárias utilizadas na graduação médica: valores profissionais; humanismo e prática ética; incentivo ao desenvolvimento do juízo reflexivo e efeitos nocivos do currículo oculto (reprodução de comportamentos equivocados observados no cotidiano das práticas).

Ainda que raramente sejam formalmente discutidos os valores e as normas de conduta, ter o docente como modelo é um fato de grande impacto que gera a necessidade de conscientização sobre a importância de que o professor seja uma referência positiva, tornando-se importante a instituição de programas de desenvolvimento/aprimoramento do corpo docente¹. A partir da observação de que os modelos docentes poderiam gerar a perpetuação de comportamentos impróprios, a inclusão do Profissionalismo no currículo de escolas de medicina fez com que abordagens inovadoras (vídeos e filmes) fossem utilizadas para estimular a discussão em algumas instituições de ensino, tais como a *University of Califórnia* e o *Royal College of Surgeons* da Irlanda³.

De acordo com Walther et al^{1,4}, ensinar e avaliar o comportamento profissional são formas de estímulo ao desenvolvimento de virtudes, valores e atitudes fundamentais para o cuidado em saúde. Os autores constataram uma relação entre o comportamento do discente, ao longo do processo de formação, e sua postura enquanto profissional formado, afirmando que apresentam comportamento inadequado enquanto estudantes são os que estão mais sujeitos a sofrerem sanções disciplinares, na prática clínica, após a conclusão da graduação.

Como ferramentas para avaliação do profissionalismo em hospitais/instituições, Bradburn e Staley⁵ sugerem o ensino de alguns

tópicos, dentre os quais destacamos:

- **Conhecimentos, habilidades e desempenho: participação em educação continuada;**
- **Segurança e qualidade: avaliação de queixas e elogios, participação em atividades que promovam melhoria da qualidade do serviço;**
- **Comunicação, parceria e trabalho em equipe: avaliação pelos pares e pelos pacientes;**
- **Relação de confiança com o usuário: medida através de retorno dos pacientes, reclamações e elogios.**

Segundo Walther et al¹, o *status* profissional é concedido pela sociedade e a manutenção dele está atrelada ao fato de este profissional ser confiável e cumprir com suas obrigações éticas. A prática moral e ética confere ao profissional a autonomia para o exercício da profissão e a possibilidade de auto-regulação^{4,5}.

Desta forma, podemos dizer que o profissionalismo seja a base de contrato social que legitima “a medicina” na sociedade. Em nossa compreensão, isto se aplica ao exercício profissional em toda a área da saúde. Consideramos o Profissionalismo como um conceito estruturado sobre três pilares: **expertise, ética e serviço**. No cenário de aprendizagem, correspondem à aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, formação ética dos discentes e prestação de serviço resolutiva aos usuários das clínicas de ensino.

Desta forma, torna-se necessário analisar o processo de formação dos futuros profissionais e promover as adequações que forem necessárias para que as Instituições de Ensino Superior (IES) contemplem, em seus cursos, o desenvolvimento técnico, fundamental para prática clínica, mas

também a dimensão ética da prestação de serviço.

Para conhecer o trabalho que as IES desenvolvem, estruturamos uma matriz analisadora que contempla os princípios fundamentais e o conjunto de responsabilidades anteriormente apresentados. Incluímos, ainda, o papel do docente como modelo norteador para a prática discente, na relação profissional-paciente, e a influência do ambiente de ensino no processo de formação.

Em nossa proposta, o ambiente de ensino deve ser observado a partir do estudo dos métodos utilizados para avaliação dos alunos no processo de formação; dos itens que possuem relevância no processo avaliativo; dos recursos didáticos utilizados pelos docentes participantes da pesquisa; da observação do modelo pedagógico adotado pelas IES; da observação das relações profissional-paciente e docente-aluno; da coerência existente entre as diretrizes da IES para formação do acadêmico de odontologia, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde e o perfil dos estudantes do último ano da graduação.

Acreditamos que, enquanto não houver um processo de formação profissional pautado em ética e expertise como pilares da relação docente/aluno/paciente no processo de cuidar, teremos egressos incapazes de promover uma ação integral, zelosa e respeitosa em saúde, para indivíduos e para a sociedade. Por esta razão, propomos um novo caminho – o PROFSSIONALISMO.

Nosso objetivo é disponibilizar uma ferramenta de análise qualitativa, que foi utilizada no estudo de um curso de graduação em odontologia do estado do Rio de Janeiro, a qual favorece uma ampla observação do modelo de formação instituído nas escolas de educação em saúde. A partir da sua aplicação, a gestão de ensino poderá, caso seja necessário, desenvolver processos de mudança/adequação com o objetivo de orientar a geração de egressos éticos, competentes e conscientes de seu

papel enquanto profissionais de saúde e cidadãos.

MÉTODO PROPOSTO

Matriz de análise da formação - o Profissionalismo como analisador

Quadro 1: Matriz de análise da formação em saúde

PROFISSIONALISMO		
EXPERTISE	ÉTICA	SERVIÇO
A influência do ambiente de ensino no processo de formação dos estudantes	Respeito ao princípio da primazia do bem-estar dos pacientes	Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados
Compromisso com a competência profissional	Respeito ao princípio da autonomia do paciente	Resolutividade
Análise da coerência entre o perfil de egresso almejado pela Instituição de Ensino Superior avaliada, o perfil de egresso desenvolvido pela Instituição e o perfil de egresso requerido pelas DCN	Respeito ao princípio da justiça social	
	Compromisso com a honestidade para com os pacientes	
	Compromisso com a confidencialidade dos pacientes	
	Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes	
	Compromisso com as responsabilidades profissionais	

Fonte: elaborado pelos autores

Para ampliar o entendimento sobre cada aspecto a ser analisado (tabela 1) e criar um balizamento para emprego do método, descreveremos todas as etapas a seguir.

1. Expertise – Observada por meio de:

1.1 A influência do ambiente de ensino no processo de formação dos estudantes - compreendida a partir da observação dos métodos de ensino e avaliação empregados pela instituição e da análise da implicação do comportamento dos docentes como modelo para atuação profissional dos discentes;

1.2 Compromisso com a competência profissional – avaliado por meio da observação da satisfação dos discentes com a grade de formação, da relevância dada pela instituição à participação dos alunos em estágios (ensino), pesquisa, extensão e ao estímulo dado à educação permanente e continuada dos docentes;

1.3 Análise da coerência entre o perfil de egresso almejado pela Instituição de Ensino Superior avaliada, o perfil de egresso desenvolvido pela Instituição e o perfil de egresso requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde.

2. Ética – Observada através de:

2.1 Respeito ao princípio da primazia do bem-estar dos pacientes – a prestação de serviço deve estar centrada no interesse do usuário da clínica de ensino;

2.2 Respeito ao princípio da autonomia do paciente - observada por meio da participação dos pacientes na discussão terapêutica; no poder de decisão sobre o tratamento proposto; no consentimento para realização de exames e no esclarecimento sobre as particularidades do seu caso clínico, o que lhe confere um empoderamento para fazer as próprias escolhas.

2.3 Respeito ao princípio da justiça social – observação do acesso dado aos economicamente menos favorecidos à clínica de ensino e ao acolhimento proporcionado aos usuários;

2.4 Compromisso com a honestidade para com os pacientes – observação do fornecimento de informações ao paciente sobre tudo o que se relaciona ao seu tratamento, inclusive sobre a ocorrência de erro profissional;

2.5 Compromisso com a confidencialidade dos pacientes - avaliado por meio da preservação das informações dos pacientes pelos profissionais em formação e professores; do arquivamento dos dados do acesso aos prontuários.

2.6 Compromisso de manter relações apropriadas com os pacientes – avaliado por meio da observação da inexistência de exploração dos usuários das clínicas de ensino, por alunos e professores, com o objetivo de obtenção de vantagens pelos profissionais;

2.7 Compromisso com as responsabilidades profissionais – avaliado por meio da observação da conduta de docentes e alunos na colaboração para o cuidado aos pacientes, no estabelecimento de uma relação de respeito para com os pares e na participação da autorregulação de sua profissão.

3. Serviço – Observado por meio de:

3.1 Compromisso com a melhoria do acesso aos cuidados – avaliado a partir da observação do fluxo interno dos pacientes nas clínicas analisadas e **resolutividade** das questões de saúde.

EMBASAMENTO TEÓRICO – JUSTIFICATIVA PARA O EMPREGO DO MÉTODO

Às Instituições de Ensino Superior brasileiras é dada autonomia para que definam seus currículos plenos e, por conseguinte, conhecimentos, competências e habilidades que pretendem desenvolver em seus alunos para a conformação de um perfil coerente com o delineado

pelas DCN^{6,7,8}.

A partir das DCN^{9,10}, torna-se necessária a implementação de mudanças no ensino, de maneira que a graduação em saúde atinja o objetivo de promover ao egresso uma “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico”, de forma que ele se torne “capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio”, para que assim, e como também prevista pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹¹, ele possa trabalhar pela transformação da realidade e em prol da sociedade.

A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão nas universidades está determinada pela Constituição Federal e é um caminho através do qual se faz possível inserir os discentes na prática desse papel social, que promove a almejada consciência cidadã ao longo do período de formação. Além disto, o aluno que tem sua formação pautada em ciência, cultura e extensão é mais preparado para dar continuidade a projetos, ou até mesmo a ser idealizador de projetos, o que resulta em um desejo contínuo de aquisição de conhecimento e aperfeiçoamento profissional¹².

Muitas das universidades, porém, estão à margem das reais necessidades da comunidade na qual estão inseridas e não levam para seus espaços de discussão (salas de aula, laboratórios e ambulatórios) os problemas de saúde existentes no seu entorno, prática que poderia resultar em ações capazes de promover melhorias nas condições de vida da população local¹³.

É possível ainda observarmos uma desarticulação entre teoria e prática e o despreparo dos discentes para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), em virtude de uma formação inadequada para trabalho,

administração e gerenciamento da própria prática, além de pouco preparo para se relacionar com pacientes e pares^{14,15}. A estruturação de grades curriculares que contemplem a aprendizagem de referenciais teóricos de forma desarticulada com a realidade faz com que os espaços de prática sejam reduzidos a “receptores de conteúdos fragmentados” ministrados em sala de aula¹⁶.

O ensino deveria capacitar docentes, discentes e membros da comunidade para a discussão conjunta sobre as demandas sociais existentes, objetivando a busca da resolutividade dessas demandas, através da articulação entre políticas de educação e saúde, de forma que se possa produzir a construção de uma sociedade mais justa, solidária e menos desigual^{17,18}.

A formação que contemple o Sistema Único de Saúde, a ação integral atrelada ao contexto social, pode ser alcançada a partir da construção de projetos político-pedagógicos que tenham o binômio ensino-serviço como eixo central dos cursos de graduação¹⁹. A implementação de novos cenários de aprendizagem com esse objetivo ainda é capaz de promover a educação permanente do corpo docente, através de reflexões sobre o ensinar saúde no cotidiano das práticas²⁰.

Torna-se importante destacar que o modo de ação dos docentes na relação com os usuários do serviço de saúde (pacientes e/ou comunidades) inspira e, por vezes, modela a conduta dos alunos e futuros profissionais. O processo de refletir sobre as ações desenvolvidas, integrando teoria e prática, permite ao professor uma construção do conhecimento a partir das particularidades inerentes ao campo do ensino da prática clínica, pilar estruturante na construção de uma assistência à saúde universal, integral, ética e humanizada desde a formação profissional²¹.

Uma relevante questão a ser levantada diz respeito ao processo

avaliativo que, de uma maneira geral, contempla a memorização do conteúdo das disciplinas e o manejo técnico dos pacientes ao longo da formação acadêmica em saúde, não levando em consideração o aspecto ético relacional entre discentes e usuários das clínicas de ensino. Temos observado sistemas avaliativos baseados na realização de procedimentos, que são convertidos em notas e, conseqüentemente, na aprovação (ou reprovação) dos alunos. Neste contexto, os usuários de clínicas de ensino dificilmente encontram resolutividade na assistência, pois recebem atendimento de acordo com o que é importante para o aprendizado dos discentes.

A avaliação que não serve para o estudante alcançar as metas fixadas dentro do contexto educacional e de um perfil profissional no qual se insere não pode ser aceita como uma boa avaliação. A avaliação deve ajudar o estudante a alcançar seus objetivos pessoais e profissionais e, ainda, ajudar a reconhecer suas qualidades e estabelecer o princípio de autoavaliação como parte da rotina profissional, dando-se conta de suas áreas débeis e ajudando a encontrar os caminhos para se corrigir²².

Existe a ideia de que a universidade e o serviço que esta presta à população estão acima de qualquer direito do paciente, justificando-se toda e qualquer atitude tomada nas clínicas de atendimento em nome do ensino. O paciente é visto como um meio através do qual se alcança o fim proposto para a instituição: o atendimento a ser realizado pelo aluno. Neste processo cabe, inclusive, uma priorização ao atendimento de casos de interesse acadêmico, desrespeitando a ordem de convocação dos pacientes na fila de inscrição, fazendo com que uns esperem muito mais tempo do que outros por uma oportunidade de assistência às suas necessidades.

Disto resulta a “coisificação” das pessoas. Ou seja, o paciente é tratado como um objeto que será utilizado de acordo com as necessidades de aprendizado do aluno em formação e não a partir de suas demandas

peçoais enquanto usuário da clínica de ensino²³. Tal dificuldade é acentuada ao considerarmos o comportamento da “sociedade líquido-moderna”, conforme termo concebido por Zygmunt Bauman²⁴, para quem, nessa sociedade, “as condições sob as quais agem seus membros mudam num tempo mais curto do que aquele necessário para a consolidação, em hábitos e rotinas, das formas de agir” (Bauman, 2009 p.7)²⁵. Mais do que a celeridade das mudanças, destaca-se um comportamento consumista que se manifesta não apenas na compulsividade do consumo, mas em três outros aspectos particularmente interessantes à análise da relação profissional-paciente: a forma de se relacionar com outras pessoas criando as “relações puras”; a maneira de perceber a vida, com a supervalorização do momento presente; e a insensibilidade moral²⁶.

Concordamos com Carvalho e Pedrosa²⁷ ao afirmarem que o desempenho da maior parte dos alunos é “um reflexo do tipo de cobrança e ritmo que o curso impõe, associado ao seu interesse em aprender” (p.157). Desta forma, é preciso que a avaliação seja pautada em quesitos que corroborem com o perfil profissional que a Instituição deseja formar; que proporcione ao aluno, sujeito ativo no processo educativo, a reflexão sobre a importância do agir em saúde embasado em valores morais e na importância da ética da relação com seus pacientes na construção da sua identidade profissional.

Entendemos que trabalhar com a perspectiva da resolutividade em saúde seja a melhor maneira de prestar uma assistência centrada nas demandas dos pacientes. Este processo requer acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização pela instituição como um todo. Desta forma, o atendimento deve seguir a lógica do Sistema Único de Saúde e estabelecer redes de atenção entre as disciplinas, de maneira que o usuário não seja abandonado por desinteresse do aluno – fato

recorrente quando o atendimento nas clínicas de ensino é realizado para cumprimento de uma meta, conforme observamos²⁸. A lógica da resolutividade promove uma estratégia de atenção pautado no respeito aos indivíduos e desenvolve a consciência cidadã dos estudantes.

As escolas de formação devem ser explícitas no que tange aos valores morais que aprovam e enaltecem, tornando-se indispensável nesse processo a reflexão do corpo docente sobre o que será considerado relevante perante seus alunos, sendo imprescindível que cada um aja de forma coerente com suas convicções, no desenvolvimento do seu trabalho junto aos estudantes²⁹.

Há que se considerar que mudanças na legislação não são suficientes para mudar a formação. Saberes e práticas de ensino deverão ser repensadas, analisadas, e amplas ações envolvendo Instituições de Ensino Superior, docentes, discentes e sociedade deverão ser implementadas - e periodicamente avaliadas - de forma que os projetos pedagógicos das IES estejam sempre em conformidade com o perfil de egresso que objetivam obter^{6,27,30}.

As DCN para os cursos da área da saúde nos remetem a um novo perfil de profissional, o que prescinde um novo perfil também de formadores, dos professores universitários, que necessitarão atuar como facilitadores do processo ensino-aprendizagem e não mais como meros transmissores de conteúdo³³. Transformações no ensino ocorrerão apenas se os docentes ampliarem as percepções sobre si mesmos - “contextos históricos, sociais, culturais e organizacionais da sua própria prática educativa”³² e passarem a utilizar novos parâmetros de ação e avaliação³³.

Com o objetivo de promover a integração ensino-serviço e a reorientação da reforma profissional, “assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população”, o

Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, lançou o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), estruturado em três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica^{34,35}.

Com o intuito de fazer com que as necessidades do serviço dentro do Sistema Único de Saúde se tornem uma fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), destinado a “fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito na Estratégia Saúde da Família”, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde³⁶.

O PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho que, sendo instituído em um novo cenário de práticas, proporciona a construção de novos conhecimentos, atitudes e valores, contribuindo para a conformação de um profissional mais crítico, participativo e competente para atuar no SUS através da elevada formação tecno-científica e humanística^{37,38,39}.

Experiências bem-sucedidas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde têm sido apresentadas^{37,38}, onde estudantes realizam diagnóstico de saúde em indivíduos e comunidades, e desenvolvem trabalhos de promoção de saúde, prevenção de doenças e, por vezes, curativos. Tudo sob orientação de preceptores e tutores do programa, abrangendo diversas faixas etárias em atividades educativas como avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil, instruções sobre alimentação saudável, cuidados relativos à dengue, diagnóstico de hipertensos e diabéticos, violência doméstica, saúde mental, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre outras.

De forma dinâmica, tem sido possível integrar trabalho, educação e saúde, articulando ensino, pesquisa e extensão, em busca da formação

de profissionais que aprendem a aprender em oficinas de elaboração de projetos de pesquisa, produção de pôsteres, leitura e redação de artigos científicos. Este processo se dá juntamente com as demais ações que auxiliam no desenvolvimento de cirurgiões-dentistas generalistas, de consciência cidadã e humanista no processo de cuidar, a partir de vivências em novos cenários de práticas^{37,38,39}.

Estes fatos nos fazem pensar que um melhor aproveitamento pode ser dado à integração entre os alunos da IES avaliada e as comunidades com as quais se articula. A imersão de estudantes em atividades de campo aproxima ensino e serviço, conhecimento e prática e proporciona o contato direto com os indivíduos em seus territórios. Este tipo de atividade é capaz de proporcionar aos alunos uma melhor capacidade de comunicação (ampliação da escuta e substituição da linguagem técnica por termos simplificados), de acolhimento, de percepção sobre os outros e reconhecimento de que possuem saberes sobre o cuidado de si (não devem ser considerados ignorantes). Reflexões estimuladas sobre as vivências nesses cenários de aprendizagem podem ainda despertar a atenção dos futuros profissionais para uma prática mais humanizada e consciente dos seus limites de atuação^{16,32}.

Contudo, é importante considerar que o compromisso social dos discentes com as comunidades não é gerado a partir de uma ação pontual no currículo escolar, o que torna questionável a realização de estágios de extensão apenas ao final dos cursos de graduação. A aproximação entre ensino e serviço, a mudança do enfoque do trabalho em odontologia de uma assistência curativa para um processo de atenção orientado por demandas sociais deve ser promovida ao longo de toda a formação^{40,19}.

A formação de um profissional com o novo perfil delineado, mais humano, solidário e engajado na política, demanda a construção de novos projetos político-pedagógicos que possibilitem ações transformadoras,

inclusive derivadas dos docentes, de forma que os novos ideais se tornem palpáveis⁴¹. Para tal, é necessário sensibilizar e motivar o corpo docente para que este venha a ser colaborador do almejado processo de mudança³⁰.

Uma ótica mercantilista da produção do saber pode ser a responsável por manter a estrutura de formação calcada no tecnicismo e no interesse privado, distante, por conseguinte, do perfil profissional humanista, crítico e transformador social traçado pelas DCN e que se deseja obter⁴³. É importante destacar que as adequações às DCN não se restringem à grade curricular e ao projeto pedagógico, devem abarcar todas as ações que reforcem as suas determinações e isto inclui os métodos de avaliação empregados nas clínicas odontológicas, que têm implicações diretas sobre o desempenho dos alunos no processo de formação²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao utilizarmos o conceito de profissionalismo como analisador e estruturador da formação em saúde, partimos da convicção de que suas bases são compostas por elementos indispensáveis à prestação de assistência em saúde digna, respeitosa e comprometida com o cuidado do outro. Independentemente de quem seja esse outro, e ainda que estejamos inseridos em uma sociedade adoecida, na qual os interesses pessoais comumente são preponderantes e os valores morais parecem esquecidos.

REFERÊNCIAS

1. WALTHER NKA, ET AL. TRAINING AND LEARNING PROFESSIONALISM IN THE MEDICAL SCHOOL CURRICULUM: CURRENT CONSIDERATIONS. EUR J INTERN MED 2009; 20:96-100.
2. BRENNAN T, ET AL. MEDICAL PROFESSIONALISM IN THE NEW MILLENNIUM: A PHYSICIAN'S CHARTER. THE LANCET 2002, 359:520-2. AVAILABLE FROM:

- <[HTTPS://WWW.THELANCET.COM/JOURNALS/LANCET/ARTICLE/PIIS0140-6736\(02\)07684-5/FULLTEXT?CODE=LANCET-SITE](https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/pii/S0140-6736(02)07684-5/fulltext?code=lanct-site)>
3. HILTON S, SOUTHGATE L. PROFESSIONALISM IN MEDICAL EDUCATION. *TEACH TEACH EDUC* 2007; 23:265–79.
 4. WALTHER NKA, ET AL., PROFESSIONALISM BEYOND MEDICAL SCHOOL: AN EDUCATIONAL CONTINUUM? *EUR J INTERN MED* 2009; 20:148-52.
 5. BRADBURN M, STALEY H. PROFESSIONALISM. *SURGERY* 2012; 30(9):499-502.
 6. CARVALHO ACP. PLANEJAMENTO DO CURSO DE GRADUAÇÃO. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p. 51-64.
 7. CARVALHO CMR. COMPETÊNCIA NA LEGISLAÇÃO EDUCACIONAL. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p. 17-21.
 8. MASETTO MT. UM PARADIGMA INTERDISCIPLINAR PARA A FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p.31-50.
 9. BRASIL. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA. RESOLUÇÃO CNE/CES 3. 21 JUN 2021. [ACESSADO 31 JUL 2021] DISPONÍVEL EM: <[HTTPS://WWW.IN.GOV.BR/EN/WEB/DOU/-/RESOLUCAO-N-3-DE-21-DE-JUNHO-DE-2021-327321299](https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-21-de-junho-de-2021-327321299)>
 10. BRASIL. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014 [ACESSADO 31 JUL 2021] - INSTITUI DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM <[PORTAL.MEC.GOV.BR/INDEX.PHP?OPTION=COM_DOCMAN&TASK=DOC_DOWNLOAD&GID=15874&ITEMID=>](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=>)>
 11. BRASIL. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. LEI NO 9.394 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996 [ACESSADO 02 JAN 2019]. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/LEIS/L9394.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>
 12. MADEIRA MC. ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p.97-103.
 13. GARBIN CLAS, SALIBA NA, MOIMAZ SAS, SANTOS KT. O PAPEL DAS UNIVERSIDADES NA FORMAÇÃO DE

- PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE. REV. ABENO 2006; 6(1):6-10.
14. CORDIOLI OFG, BATISTA NA. A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA NA VISÃO DE EGRESSOS: PROPOSTAS DE MUDANÇAS. REV. ABENO 2007; 7(1):88-95.
 15. CORDIOLI OFG, BATISTA NA. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A PRÁTICA GENERALISTA DA ODONTOLOGIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA VIVÊNCIA PROFISSIONAL. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p. 87-96.
 16. FAGUNDES NC, BURNHAM TF. DISCUTINDO A RELAÇÃO ENTRE ESPAÇO DE APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. INTERFACE 2005; 9(16):105-14.
 17. ARAÚJO ME. PALAVRAS E SILÊNCIOS NA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM ODONTOLOGIA. CIEN SAUDE COLET 2006; 11(1):179-82.
 18. MORITA MC, KRIGER L. A RELAÇÃO ENSINO E SERVIÇO DE ODONTOLOGIA. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p. 129-139.
 19. FINKLER M, VERDI MIM, CAETANO JC, RAMOS FR. FORMAÇÃO PROFISSIONAL ÉTICA: UM COMPROMISSO A PARTIR DAS DIRETRIZES CURRICULARES? TRAB. EDUC. SAÚDE 2011; 8(3):449-62.
 20. ARAÚJO EC, BATISTA SH, GERAB IF. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A DOCÊNCIA EM SAÚDE: UM ESTUDO EM PERIÓDICOS NACIONAIS. REV BRAS EDUC MED 2011; 35(4):486-92.
 21. BATISTA SH, BATISTA NA. DOCÊNCIA UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE, FORMAÇÃO E INTERDISCIPLINARIDADE. IN: BATISTA NA, BATISTA SH, ABDALLA IG. ENSINO EM SAÚDE: VISITANDO CONCEITOS E PRÁTICAS. SÃO PAULO: ARTE & CIÊNCIA; 2005. CAP. 1.
 22. KOIFMAN L, SAIPPA-OLIVEIRA G. AS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO CUIDADO ORIENTADAS PELA INTEGRALIDADE: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA. IN: PINHEIRO R, MATTOS RA. GESTÃO EM REDES: PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE. RIO DE JANEIRO: IMS/UER – CEPESC - ABRASCO; 2006. p.245-60.

23. REGO, SERGIO. A FORMAÇÃO ÉTICA DOS MÉDICOS: SAINDO DA ADOLESCÊNCIA COM A VIDA (DOS OUTROS) NAS MÃOS. EDITORA FIOCRUZ. 2005. 184 P. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://BOOKS.SCIELO.ORG/ID/B37SM](http://books.scielo.org/id/B37SM)>
24. BAUMAN Z. MODERNIDADE LÍQUIDA. RIO DE JANEIRO: ZAHAR; 2001.
25. BAUMAN Z. VIDA LÍQUIDA. 2A ED. RIO DE JANEIRO: ZAHAR; 2009.
26. BAUMAN Z, L DONSKIS. CEGUEIRA MORAL: A PERDA DA SENSIBILIDADE NA MODERNIDADE LÍQUIDA. 1A ED. RIO DE JANEIRO: ZAHAR; 2014. 263P.
27. CARVALHO DR, PEDROSA SF. AVALIAÇÃO EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p.153-160.
28. CAMPANY LNS. O PROFISSIONALISMO NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA [TESE]. RIO DE JANEIRO: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; 2016.
29. REGO S, PALÁCIOS M, SCHRAMM FR. ENSINO DA BIOÉTICA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE. IN: MARINS JJN, REGO S, LAMPERT JB, ARAÚJO JGC. EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO: INSTRUMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES. SÃO PAULO: HUCITEC; 2004. p.165-85.
30. RANALI J, LOMBARDO IA. PROJETO PEDAGÓGICO PARA CURSOS DE ODONTOLOGIA. IN: CARVALHO ACP, KRIGER L. EDUCAÇÃO ODONTOLÓGICA. SÃO PAULO: ARTES MÉDICAS; 2006. p. 65-73.
31. FRANCO LLMM, SOARES EF, MARTORELL LB, MARCELO VC. O PROFESSOR NO CURSO DE ODONTOLOGIA: SUA FORMAÇÃO E OS DESAFIOS FRENTE ÀS EXIGÊNCIAS ATUAIS. REVISTA PROFISSÃO DOCENTE 2009; 9(20):14.
32. PONTES AL, REGO S, SILVA JÚNIOR, AGS. SABER E PRÁTICA DOCENTE NA TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. REV BRAS EDUC MED 2006; 30(2):66-75.
33. GOURSAND D, PAIVA SM, LIMA MLR. A FORMAÇÃO E O NOVO PERFIL DO DOCENTE UNIVERSITÁRIO. REV ABENO 2009;9(1):69-73.
34. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE [ACESSADO EM 27 JUL 2021].

DISPONÍVEL EM:

<[HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2007/RI3019_26_11_2007.HTML](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/ri3019_26_11_2007.html)>

35. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PRÓ-SAÚDE: PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: OBJETIVOS, IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO POTENCIAL. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASÍLIA: 2007. 86P.
36. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.802 DE 26 DE AGOSTO DE 2008. INSTITUI O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET SAÚDE [ACESSADO EM 27 JUL 2021].
DISPONÍVEL EM:
<[HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2008/RI1802_26_08_2008.HTML](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/ri1802_26_08_2008.html)>
37. RODRIGUES CAQ, COSTA SM, LEITE MTS, RODRIGUES NETO. A VIVÊNCIA DOS ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA NAS ATIVIDADES DE ENSINO-PESQUISA-EXTENSÃO DO PET-SAÚDE. REV. ABENO 2011; 11(2):45-50.
38. FONSÊCA GS, RODRIGUES AAAO. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE (PET-SAÚDE) COMO INDUTOR DE INOVAÇÕES PEDAGÓGICAS: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA. REV. ABENO 2011; 11(2):19-26.
39. SOUZA GCLL, LOPES MRL, RODRIGUES CAQ, MOREIRA KS, OLIVEIRA MP, MORAIS AJD, LEITE MTS. O PET-SAÚDE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ODONTOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES E PERSPECTIVAS. REV. ABENO 2014; 14(1):73-80.
40. RODRIGUES CAQ, COSTA SM, LEITE MTS, RODRIGUES NETO, IBID., 2011; 11(2):45-50.
41. QUELUZ DP. RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA. IN: PEREIRA AC. TRATADO DE SAÚDE COLETIVA EM ODONTOLOGIA. SÃO PAULO: NAPOLEÃO; 2009. P. 162-199.
42. CRISTINO PS. CLÍNICAS INTEGRADAS ANTECIPADAS: LIMITES E POSSIBILIDADES. REV. ABENO 2005;7(1):12-8.
43. PÉRET ACA, LIMA MLR. A PESQUISA E A FORMAÇÃO DO PROFESSOR DE ODONTOLOGIA NAS POLÍTICAS INTERNACIONAIS E NACIONAIS DE EDUCAÇÃO. REV. ABENO 2003; 3(1):65-69.

A FALÁCIA DA FILOSOFIA DA MEDICINA

João Cardoso de Castro
Murilo Cardoso de Castro

A falácia expressa no título não tem a pretensão de acusar de falsa em si mesma a filosofia ou a medicina. A falácia é tão somente um indicativo de que a expressão *filosofia ‘da’ medicina*, através da preposição “de” que junta e associa filosofia e medicina, aponta o pensamento numa direção equivocada. Uma “filosofia ‘da’ medicina” expressa uma associação pobre de filosofia e medicina usando um “de”, seja indicador qualificativo de um tipo de filosofia, ou pior ainda, seja genitivo de “uma” filosofia, pela geração desta desde a medicina. Todavia, há ainda uma terceira possibilidade, um “filosofar sobre medicina”, onde o “de”, em “filosofia ‘da’ medicina”, comumente apontaria para um “filosofar” no sentido vulgar de um raciocinar ou “matutar” a respeito de temas implicados no exercício da arte da medicina, sem entrar nos procedimentos, técnicas e métodos propriamente da arte, mas em correlativas considerações metafísicas e éticas. A provocação que vamos doravante elaborar é que qualquer que seja a função do “de”, em “filosofia ‘da’ medicina”, trata-se de uma expressão falaciosa, não importa se este “de” seja qualificativo, genitivo ou especulativo na constituição de uma filosofia específica.

Engelhardt & Wildes¹ reconhecem que, desde o início da filosofia antiga grega, filosofia e medicina se integraram sob a forma de um “rico corpo de reflexões conceituais a respeito das descobertas médicas, do pensar em medicina, do status das assertivas de conhecimento em medicina, e dos conceitos especiais que estruturam a ciência e a arte da medicina” (*ibidem*). Para eles, “a filosofia da medicina é um corpus de considerações e escritos unificando estas reflexões”¹, desde então, por

inúmeros pensadores. Todavia, depois destas promissoras constatações, os autores asseveram que a expressão “filosofia da medicina” é ambígua por cobrir um campo heterogêneo de questões intelectuais por conta das investigações filosóficas da medicina, e assim estabelecem quatro categorias para ela: 1) uma filosofia especulativa da medicina, “como a tentativa de descobrir os princípios filosóficos básicos que se encontram por trás das práticas da medicina”;¹ (2) “a lógica da medicina, reunindo as tentativas de esclarecer o caráter da razão científica em medicina”; 3) uma subespecialidade da filosofia da ciência, interessada na teoria do conhecimento médico, a epistemologia médica e; 4) a exploração de questões filosóficas fundamentais como, por exemplo, a natureza do ser humano e suas implicações para uma ética médica. Lastimavelmente, os autores abandonam uma promissora reflexão e decaem no que consideramos a falácia da filosofia da medicina, alegando a ambiguidade deste título e a necessária estipulação de categorias que coligem suas questões em um modo de “filosofar” sobre medicina.

Por sua vez, Thompson & Upschur² informam que a chamada “filosofia da medicina” é um campo que emerge de maneira organizada, isto é, como disciplina, nos últimos vinte anos, dentro do já consagrado domínio da “filosofia da ciência”, embora com espasmos esporádicos de “filosofar” sobre medicina, desde a Renascença. Segundo eles, este deve ser o caminho de uma filosofia da medicina: examinar filosoficamente a medicina, valendo-se do que já foi alcançado conceitualmente no domínio a que ela pertence e se encerra, a filosofia da ciência. Assim os autores esperam alcançar, dentro do contexto da medicina, uma capacidade de filosofar sobre temas como "causalidade, determinismo, reducionismo, teorias e modelos", já devidamente elaborados pela filosofia da ciência. Uma iniciativa que reafirma, ainda mais uma vez, a condição falaciosa da moderna filosofia da medicina, ao tempo que a faz afiliada e aprisionada

à filosofia da ciência.

Schramme & Edwards³ editaram recentemente um grande compêndio de filosofia da medicina, reunindo vários ensaios de diversificada abrangência sobre seu estado da arte. Nesta abordagem mais recente, Schramme³ destaca também o tipo de associação entre filosofia e medicina designada pelo “de” em filosofia “da” medicina, acentuando como a Bioética deve ser nela enquadrada como uma “disciplina filosófica” moderna. Para Schramme³, a filosofia da medicina se distingue ao focar questões conceituais, metodológicas, epistemológicas, metafísicas, e outras de natureza filosófica a respeito da medicina, de um ponto de vista teórico, i. é., a fim de analisar, compreender ou explicar aspectos da teoria e prática da medicina. Fica evidente como novamente predomina a falácia da filosofia da medicina, neste caso, como de certo modo no anterior, pelo enquadramento e configuração investigativa desta filosofia dentro do molde já convencional da filosofia “da” ciência, onde mais que nunca o “de” indica uma atrelagem e submissão da filosofia à ciência. Tanto na filosofia “da” medicina quanto “da” ciência, a preposição “de” pré-posiciona a filosofia a uma atrelagem e submissão, seja como o qualificativo de um novo campo filosófico, como se isso fosse possível, seja como o genitivo desta “nova” filosofia, desde a medicina ou a ciência, seja como o “filosofar”, no sentido de especular ou matutar sobre temas em medicina ou ciência.

Nos três casos exemplificados do atual campo da filosofia da medicina, assim como também no campo da filosofia da ciência, comete-se o equívoco de enveredar por um caminho que pretende trazer a filosofia à medicina. Em todos os casos não se *deixa-ser* na *serenidade*, o “apreço à sabedoria” (sentido original do grego *philosophia*) que atrai, ou seja, é um atrator por excelência, por sua apreciação e contemplação do digno de pensar em qualquer atividade humana. Além deste ponto crucial,

a falácia atual da *filosofia da medicina*, que também se aplica à filosofia da ciência, está justamente no absoluto descabimento de qualquer atrelagem e submissão da filosofia à ciência ou à medicina ou ao que quer que seja.

Considerando a filosofia como desde sempre “mãe” de todas as disciplinas, talvez se possa fazer uma analogia destas tentativas de “filosofia de”, na medicina e na ciência, com um comportamento bastante usual em certo segmento nem rico e nem pobre (desculpem a recusa da expressão “classe média”, que não nos diz nada) da sociedade moderna. É bastante habitual neste segmento social que a mãe viúva seja incorporada à família de algum de seus filhos, e, em muitos casos, de modo subserviente aos modos de vida desta família. Eis uma possível metáfora da atual condição da “filosofia da”, que deixa de ser uma filosofia de essência e de direito, “mãe” de todas as disciplinas e se torna uma “mãe” de fulano ou beltrano, atrelada à vida destes. Assim, a “filosofia da medicina” não é mais pensar meditativo e filosófico, propriamente dito, capaz de acolher o digno de pensar no campo da medicina ou da ciência, mas um modo de pensar calculativo compactuado com as disciplinas, e caracterizado pela aplicação de sua força “maternal” ou “matricial” de pensamento, às determinações de investigações conceptivas destas disciplinas.

Todavia é possível algo como “filosofia e medicina” ou “filosofia e ciência”, não como departamentos estanques, mas algo em que a conjunção “e” conjunta ambas em um *deixar-ser* em *serenidade*, em uma mesma comunhão natural dada em “contemplação e ação”, o que significa justamente “filosofar”. Uma comunhão sem hierarquia, sem atrelagem e, sobretudo, sem submissão, e que assim vem simbolizada no uso da conjunção “e”, como em filosofia “e” medicina ou filosofia “e” ciência. Uma conjunção desta natureza implica que se está abordando temas filosóficos dignos de pensar em si mesmos “e” também fundamentais para

a medicina ou para a ciência. “O que é o ser humano?”, por exemplo, é uma questão em si mesma digníssima de pensar para a filosofia “e” uma questão de base e fundamento para a medicina. “O que é sujeito?”, “o que é objeto?”, assim como “o que é o médico?” (sujeito-agente?), “o que é o paciente?” (sujeito-passivo/objeto-doença), da mesma maneira, são questões em si mesmas para a filosofia, “e” questões da maior relevância para a ciência e para a medicina.

Neste sentido, sem nenhuma pretensão em exaurir as possibilidades de pensamento meditativo sobre “filosofia e medicina”, podemos levantar algumas questões “dignas de pensar” em filosofia, “e” da maior significância para a Medicina e a Bioética. Por exemplo: investigar e acompanhar o processo de (des)figuração da medicina desde a antiguidade grega até nossos dias, identificando as metamorfoses nos fundamentos filosóficos que antes serviam de embasamento à configuração da medicina antiga e hoje desconfiguram a medicina, açodada pela técnica moderna em seu modo de *des-encobrimento explorador*, que promoveu a valoração do *homo faber* na medicina moderna, o *engenheiro-médico*, que reveste e encobre o *ser-médico* originário com uma armadura tecnocientífica.

Um segundo exemplo seria a abordagem da questão crucial do *ser* humano reduzido apenas ao humano, ou encurtado apenas a um corpo e uma mente, como objeto de interesse na Modernidade por conta de sua “funcionalidade” ou suas “capacidades” enquanto *homo laborans*, seja como profissional, paciente, sujeito, usuário de tecnologias, consumidor etc., enfim alguma função do *homo*, entendido como um corpo e uma mente (produzida pelo cérebro integrante do corpo), em uma ocupação em que possa vir a ser considerado um “recurso humano”. Diante deste pensar que tem sua origem no “primeiro início” do pensamento grego antigo, o questionamento propõe um “outro início” para se pensar ser humano e

humano, como aspectos consequentes a *ser* e *sendo* ou *ente*, em sua diferença ontológica e em conformidade com a “questão do sentido do ser” proposta em 1927 por Heidegger em *Ser e Tempo*⁴, segundo sua “ontologia fundamental”, através de uma “analítica existencial” do *ser-ai* (*Dasein*).

Nesta direção faz-se mister notar a visão do pensamento originário grego antigo, fundador da medicina. Jackie Pigeaud, em seu estudo sobre a relação da alma e do corpo na tradição médico-filosófica antiga⁵, retoma um dos tratados hipocráticos, *Antiga Medicina*, onde reside o testemunho que confere a importância não do corpo em si mesmo mas da tomada de consciência do corpo, pelo paciente e pelo médico, da emergência do se sentir a si mesmo, como norma da saúde, como regulação do regime e como o elemento que determina a passagem de natureza à cultura. Trata-se assim de um corpo fisiológico, um corpo vivo, um corpo sofrendo (carne), que se constitui; e um corpo que tem sua função no processo da história, uma “vida-vivida” enquanto *bios* e não somente uma “vida-vivente” como *zoe*. A passagem de natureza à cultura se assenta em um dado que vai tomar tempo ao homem para descobrir. Algumas conclusões que Pigeaud retira deste escrito hipocrático são relevantes na compreensão da diferença real entre o digno de pensar para o médico antigo em contraste com o moderno, ou o “médico hipocrático” e o “médico-tecnocientista”.

A *Antiga Medicina* nos propõe uma teoria do conhecimento médico fundada no diálogo, na valorização do *ser-com*, enquanto existencial do *ser-ai* (*Dasein*), para um pensar meditativo sobre a medicina, e não nos exames tecnocientíficos do paciente. Festugière assim traduz esta passagem⁵: “pois não se trata então para cada um senão de se re-memorizar, em escutando o médico, o que lhe aconteceu. Se é incapaz de se fazer compreender aos profanos e se não dispõe os auditores nesta disposição

de espírito, não se alcançará a verdade”.

Contrariamente ao que se crê geralmente, não se trata de informação nem de pedagogia, mas de compreensão de ser. A questão é aquela da compreensão do médico, da compreensão do paciente, e da verdade do ser. Ora, a verdade não está nem no médico (que só descreve uma forma abstrata), nem no paciente apenas, que só tem um vivido informe. O que é então a compreensão em curso? A compreensão de ser no dar-se em *ser-com* de médico e paciente, enquanto uma díade em diálogo. Onde está a origem da compreensão? No paciente de toda forma, que faz entrar a medicina neste gênero de diálogo. A verdade médica é originária à colaboração médico e paciente, em um diálogo onde o papel do médico é fazer recordar à memória do paciente o vivido que vai se tornar sentido, significado e significante.

A *Antiga Medicina* integra a doença no processo cultural e histórico. A medicina nasce da constatação de uma diferença: a mesma coisa dada aos doentes e aos saudáveis faz mal a uns e bem aos outros. De fato, tudo se assenta em uma ideia condicional, que é que a alimentação mesma nasceu da percepção de uma diferença: o mesmo alimento não convém aos homens e a todos os outros animais. No início o alimento é indiferenciado. E o sofrimento ocorre. É o sofrimento que faz a diferenciação entre o homem e o animal. É assim que o homem aprende que não é da mesma natureza que os animais, ou melhor que tem uma natureza senciente. O sofrimento ensina ao homem que ele é um ser senciente de cultura. O homem destaca-se da história. Ele se define na história. Esta história é a passagem da animalidade à civilização, da natureza à cultura; e esta história é como o motor do sofrimento.

A relevância atual desses tratados hipocráticos não reside evidentemente nos procedimentos técnicos eventualmente dispostos, em boa parte epocais, mas especialmente na sua visão ainda profunda e

significante, de temas chaves como ser humano, saúde, doença, cura, médico, paciente, e, não menos importante, medicina. Um dos grandes historiadores da medicina, Pedro Laín Entralgo⁶ elabora um rico panorama destes temas, dos quais resgatamos “saúde”, “doença” e “cura”, com o propósito de fixar conceitos antigos fundamentais.

Segundo Entralgo⁶, a mentalidade naturalista e clássica concebeu a saúde como normalidade, equilíbrio e harmonia. A isonomia ou “igualdade de direitos” das potências de que falou Alcmeão de Crotona, primeira concepção científico-natural da saúde do homem, é talvez o exemplo mais antigo, puro e simples de uma concepção ao mesmo tempo naturalista e clássica do estado salutar humano. Está são, segundo Alcmeão, o homem em cuja natureza se acham harmoniosamente equilibradas entre si as diversas contraposições (*enantioseis*) que formam o quente e o frio, o úmido e o seco, o doce e o amargo, e as restantes potências (*dynameis*) da natureza animal. Igual significação antropológica que a isonomia de Alcmeão tem a *eukrasia* ou “boa mistura” de que falam os tratados hipocráticos de orientação humoral; ainda que neste caso o equilíbrio seja referido mais que às potências, aos humores que materialmente as suportam.

Ainda para Entralgo⁶, Platão pretende ir além de Hipócrates (Fedro, 270c), e com efeito o faz, porque considera que sem a boa ordem da alma — a *sophrosyne* — não é possível a saúde do homem; virtude, saúde e *sophrosyne* constituem um complexo único, nos afirma o Filebo (63e). Sem *emmetria*, “boa proporção” ou “boa ordem” entre os diversos componentes da alma não seria possível a saúde do humano. Não seria difícil demonstrar que também em Aristóteles há uma estreita relação entre a ideia de saúde e a doutrina ética do “justo meio” (*mesotes*), segundo o qual a virtude seria um hábito operativo bem centrado entre os extremos viciosos, desmesurados, do “de mais” e do “de menos” (*Ética a Nicômaco*

II, 99, 1109-20).

No tocante à doença, Entralgo⁶ reúne os principais termos do pensamento grego que se referem à enfermidade humana: *nosos* (dano), *pathos* (padecimento, paixão, afecção, dor) e *astheneia/arrostia* (debilidade, desvalimento). Citando Letamendi: “três predicados universais do fenômeno enfermidade vêm sugeridos pela observação: 1) deficiência (*astheneia*); 2) dano positivo (*nosos*); 3) dano sentido (*pathos*)”.

Assim sendo, pelo estudo de Entralgo⁶, a enfermidade seria um estado da *physis* do humano afetado, caracterizado pelas seguintes notas: 1) a injustiça (*adikia*, em um sentido físico-ético desta palavra: o desajuste cósmico, a falta de justeza ou ajustamento na ordem da *physis*); 2) a impureza (*akatharsia*: o enfermo é um homem impuro, também em um sentido ao mesmo tempo físico e ético; daí a expressão “matéria pecante” da medicina tradicional); 3) a fealdade (*aiskbrotes*: no enfermo se acha alterada a primária, radical beleza que possui a ordem da *physis* em forma de *kosmos* — ordem); 4) a desproporção (*ametria*, conceito mais abstrato e mais rigoroso que os de *monarkhia* e *dyskrasyis*); 5) a pena ou aflição (*type*). Através dos primeiros filósofos pré-socráticos, a visão arcaica do universo se faz presente assim, através dos curandeiros hipocráticos, simultaneamente em termos de medicina (*iatres*) e razão (*logos*).

Quanto à cura, Entralgo⁶, lembra que o médico não cura o enfermo. Entralgo cita inclusive uma famosa sentença de Ambrósio: “Tratei de suas feridas e Deus o curou”, isto é, o tornou são, termo este que etimologicamente se refere ao grego *holon*, íntegro, santo. O tratamento, o ato médico por excelência, é expresso por um verbo “tratar” que significa “manejar uma coisa, trazê-la entre as mãos e usar materialmente dela”. A relação etimológica entre o tratamento médico e a atividade manual, já era patente na terminologia médica da antiga Grécia, onde a operação terapêutica se chamou às vezes, genericamente,

enkebeirein, “pôr a mão sobre o enfermo”, sentido ainda guardado pelo termo alemão que se refere ao tratamento médico, *Behandlung*.

Encerramos este ensaio proposto como uma chamada ao sentido matricial de coabitação filosofia e medicina, “mãe eterna” do pensar e “filha temporal” de um raciocinar. Enunciamos o necessário convívio da medicina com a filosofia em um movimento de “apreço da compreensão”, não só matriciando a medicina como proporcionando sua maturação sapiencial. Defendemos a convivência proporcionada, em teoria, pela simples substituição na expressão “filosofia da medicina”, sobretudo da preposição “de”, que condiciona uma pré-posição da filosofia à medicina, por uma conjunção “e”, que promove um alinhamento do pensar meditativo às questões dignas de pensar em modo do requerido *deixar-ser* e *serenidade* capaz de efetivamente promover a compreensão imprescindível à medicina que se vê invadida pela técnica moderna, em sua essência “com-positora” (*Ge-stell*, essência da técnica) e em seu “des-encobrimento explorador”.

REFERÊNCIAS

1. ENGELHARDT, H. TRISTRAM & WILDES, KEVIN. “PHILOSOPHY OF MEDICINE”, IN STEPHEN POST, ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS III. NEW YORK: MACMILLAN REFERENCE, 2004.
2. THOMPSON, R. PAUL & UPSCHUR, ROSS E.G.. PHILOSOPHY OF MEDICINE. AN INTRODUCTION. LONDON: ROUTLEDGE, 2018.
3. SCHRAMME, THOMAS & EDWARDS, STEPHEN (ED.). THE HANDBOOK OF PHILOSOPHY OF MEDICINE. DORDRECHT: SPRINGER, 2017.
4. HEIDEGGER, MARTIN. SER E TEMPO. TR. FAUSTO CASTILHO. PETRÓPOLIS: VOZES, 2012.

5. PIGEAUD, JACKIE, LA MALADIE DE L'ÂME. ÉTUDE SUR LA RÉLATION DE L'ÂME ET DU CORPS DANS LA TRADITION MÉDICO-PHILOSOPHIQUE ANTIQUE. PARIS: BELLES LETTRES, 1989.
6. ENTRALGO, PEDRO LAÍN, ANTROPOLOGIA MEDICA. BARCELONA: SALVAT EDITORES, 1984.

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS INTENSIVOS: AS INTERFACES DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA E AS FRONTEIRAS DAS NECESSIDADES HUMANAS

Márcio Niemeyer-Guimarães

“Não há dúvida que a (...) capacitação intelectual motiva e dá lugar à elevação da moral e da cultura do ser, mas esta, salvo poucos casos, não permanece livre das implicações do instinto, por não existir a força neutralizante da consciência como fator decisivo do comportamento individual”.

Carlos Bernardo González Pecotche

INTRODUÇÃO

Com o avanço tecnológico da biomedicina do século XX, métodos diagnósticos e propostas terapêuticas foram aprimorados, nomeadamente através da indústria farmacêutica e outras biotecnologias transformando o processo do adoecimento de forma que os eventos agudos pudessem ser tratados de forma ativa. Este processo conduziu a uma reconhecida transição epidemiológica (aumento das doenças não-transmissíveis) e demográfica (aumento do envelhecimento), o que justifica o aumento do número de idosos com doenças crônicas, de comportamento progressivo, e em muitas vezes incapacitantes com risco de sofrimento e de limitações funcionais¹. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde tem revisado os planos de ação para o envelhecimento em uma estratégia global de promoção do bem-estar para este número crescente de pessoas idosas especialmente com risco elevado para doenças crônicas².

Nesta transição do século XX para o XXI, o processo natural de morrer dá lugar ao risco para aumento das internações, o que pode implicar no aumento do fluxo das admissões hospitalares por pacientes

com tais condições crônico-degenerativas, e também no risco para uma longa permanência hospitalar. Isto porque as doenças crônicas constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondem à maioria das causas de mortes, além da carga de morbidades e em grande parte do ônus decorrente de doenças no mundo. São responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de perdas de mobilidade e de incapacidades, e envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença progride³. Os hospitais continuam sendo um importante local para cuidados no final da vida e a média de internação terminal pode durar aproximadamente 8 dias. De fato, tal processo de morrer, quando transferido para os hospitais, pode elevar custos, distancia os pacientes do domicílio e dos familiares. A decisão de um paciente ou membro da família de ter vida estendida com algum grau de sofrimento está sujeita a um sistema de valores em que a qualidade da vida deve ser pesada diante da quantidade de vida^{4,5,6}.

Neste contexto, os cuidados paliativos passaram a ser cada vez mais discutidos pela demanda de cuidados específicos a estes pacientes, pelo sofrimento envolvido na vigência de um novo modelo de abordagem técnico-científica à saúde, em especial, nos ambientes de cuidados intensivos. No hospital, particularmente nas unidades de cuidados intensivos, as equipes estão muito próximas das condições graves e geralmente perante mortes anunciadas, lentas, *tecnológicas*. Enfrentam o problema que finalmente conduzirá à morte como parte do serviço médico e de enfermagem, centrado mais na doença do que na pessoa, mais na busca da cura e no prolongamento da vida do que no cuidado e no conforto⁷.

Os cuidados paliativos ao permitirem uma abrangência na qualidade do cuidado, em toda a complexidade da dimensão do ser humano, procura atender à urgente necessidade sociocultural e econômica

que estas pessoas vivenciam diante de doenças progressivas, avançadas e ameaçadoras da vida^{8,9,10,11,12}. Em 2014, na primeira resolução global sobre os cuidados paliativos, baseada na Resolução WHA67.19 da Assembleia Mundial da Saúde a adotar a Resolução EB134.R7 pelo Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendou-se a melhoria do acesso aos cuidados paliativos como componente central dos sistemas de saúde, com ênfase nos cuidados de saúde primários e na comunidade (cuidados domiciliares)¹³. A proposta da OMS sugeriu o fortalecimento e a implementação dos cuidados paliativos, com destaque para:

- a integração dos cuidados paliativos em todos os níveis para o controle de doenças;
- a promoção de saúde e o desenvolvimento de diretrizes e de ferramentas sobre cuidados paliativos integrados em todos os grupos de doenças e níveis de atendimento nos sistemas de saúde;
- apoio aos estados membros de forma a melhorar o acesso aos medicamentos para cuidados paliativos através de uma melhor regulamentação dos sistemas de entrega (disponibilização);
- monitoramento do acesso global aos cuidados paliativos e a avaliação dos progressos alcançados nos programas de cuidados paliativos;
- proporcionar, de acordo com as evidências e as experiências, modelos de cuidados paliativos que são efetivos em desenhos de baixo custo¹³.

Dessa forma, há o imperativo de promoção do conhecimento de conceitos e de divulgação dos princípios e aprimoramento assistencial dos cuidados paliativos no desafio para a plena integração dos cuidados à saúde. Este imperativo prevê tal processo de integração em todos os níveis assistenciais desde o primário ao mais complexo. Neste nível, os cuidados

paliativos correspondem à oportunidade da abrangência multidisciplinar e interdisciplinar para um cuidado pleno, integrado, especificamente frente aos desafios impostos pela biotecnociência aos pacientes em sofrimento e seus familiares, em muitas vezes desamparados. Assim, os cuidados paliativos são os cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde ao tratamento curativo, e no suporte aos seus familiares. O controle da dor e de outros sintomas físicos, além dos problemas sociais, psicológicos e espirituais é fundamental. Em 2009, um grupo de pesquisadores europeus consideraram os diferentes conceitos nos países e regiões europeias para estabelecer normas representativas para um consenso sobre os objetivos almejados de qualidade nos cuidados paliativos. Com isso, a EAPC (Associação Europeia para Cuidados Paliativos) estabeleceu os cuidados paliativos como os cuidados interdisciplinares em sua abordagem que abrange o paciente, a família e a comunidade na sua finalidade, e, em certo sentido, visa oferecer cuidado atendendo às necessidades do paciente onde quer que ele esteja, seja em casa ou no hospital. Os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte um processo normal; não apressam nem adiam a morte, e tem como objetivo preservar a melhor qualidade de vida possível até a morte¹⁴.

Recentemente, seguindo a recomendação da Comissão *Lancet*¹⁵ e como uma organização em relações formais com a OMS, o IAHPIC (Associação Internacional para Cuidados Paliativos e *Hospice*) concebeu, desenvolveu e implementou um projeto em 2018 para revisar e adotar, com base em consenso, uma atualização do conceito para os cuidados paliativos: Cuidados holísticos ativos de indivíduos de todas as idades com graves sofrimentos relacionados à saúde devido às doenças graves e, especialmente, daqueles que estão perto do fim da vida. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores¹⁶.

Por outro lado, os cuidados intensivos são os cuidados especializados e empregados para as condições graves de doenças que podem ameaçar a vida, em especial para o controle de órgãos comprometidos, ou para outros cuidados que exigem vigilância como em pós-operatórios extensos ou mesmo por complicações das doenças ou de outros tratamentos. Cerca de 5 milhões de adultos em todo o mundo são admitidos em unidades de tratamento intensiva por ano, e nelas os pacientes recebem o suporte necessário de tratamentos substitutivos de órgãos vitais, transitoriamente comprometidos¹⁷. O desafio encontra-se no aumento exponencial da população idosa mundial e o número de doenças crônicas que acomete esta população. Muitas dessas doenças levam às falências orgânicas ou correspondem aos estados avançados de neoplasias ou outras doenças degenerativas. Pacientes com 80 anos ou mais são admitidos nas unidades de terapia intensiva por vários motivos, a mortalidade desses pacientes muito idosos permanece alta, além da morbidade após alta da UTI levar ao aumento do sofrimento humano e apresentar custos relevantes de saúde¹⁸.

Este cenário de envelhecimento da população também cria oportunidades para que as organizações e associações alinhem os cuidados curativos e paliativos, apoiando os profissionais de saúde junto aos pacientes e aos seus familiares nos esforços em buscar estratégias para a melhoria de programas em relação à especificidade dos cuidados no envelhecimento. Uma estimativa da Aliança Mundial de Cuidados Paliativos afirmou que 20 milhões de pessoas precisam de Cuidados Paliativos no final da vida¹⁹. Na última década, apesar de os cuidados paliativos estarem em uma tendência emergente na atenção à saúde, trazendo benefícios significativos, ainda existem barreiras significativas para a integração precoce dos cuidados paliativos na trajetória da doença de indivíduos com doença grave, evidenciando os problemas de

acessibilidade e a persistência da fragmentação do cuidado²⁰. E, apesar das recomendações de oferecer precocemente cuidados paliativos para pacientes com doença progressiva avançada, os serviços de cuidados paliativos permanecem sendo subutilizados em unidades de cuidados intensivos¹².

Embora não exista uma definição consensual, os cuidados paliativos integrados têm sido amplamente propostos para a continuidade da atenção, uma vez que se concentra nos cuidados em torno das necessidades dos pacientes com doenças avançadas. Os cuidados paliativos integrados envolvem vários processos para a prestação de serviços, e necessita da abordagem de equipe multidisciplinar e uma coordenação transdisciplinar para atender às demandas dos pacientes e seus familiares²¹.

Assim, há uma oportunidade de integração dos cuidados paliativos e intensivos com benefícios potenciais. A integração dos cuidados paliativos em unidades de tratamento intensivo é defendida para aliviar os sintomas em todas as suas dimensões física, psicológica, social e espiritual para os pacientes e suas famílias, e de maneira particular no propósito de melhorar os cuidados de final de vida. Com a aplicação dos princípios de cuidados paliativos relativos ao alívio do sofrimento, na definição de metas de cuidado e no suporte emocional da família, os profissionais de saúde estarão melhores preparados e confortáveis para a melhor abordagem na tomada de decisão em um evento de crise. Entretanto, há necessidade de estabelecer quais intervenções de cuidados paliativos são mais eficazes, os modelos ideais para integração e a evidência dos seus resultados na UTI^{22,23}.

Há uma demanda crescente no aprimoramento das equipes de saúde na assistência ao paciente com doença crônica, progressiva, que

ameaça a vida, às suas necessidades e às de seus familiares, quando não há mais opções de cura, e que necessitam eticamente de cuidados no que diz respeito à pessoa: suporte adequado de acordo com as necessidades pessoais, psicossociais e espirituais; controle adequado dos sintomas em busca de promoção de maior qualidade de vida; ampliação da comunicação entre os profissionais de saúde; assistência ao paciente/família nas decisões difíceis, inclusive com relação ao luto²⁴.

É com base em uma demanda potencialmente não atendida para esta abordagem de cuidado proporcional e integrado que podem gerar condições de estresse e ansiedade tanto para pacientes/famíliares como para as equipes de saúde, pelos fluxos de hospitalização e de aumento da sobrecarga do sistema de saúde. Além de aumentar a chance do isolamento social aos pacientes, as equipes de saúde também sofrem pelas tarefas pesadas que tem impacto pessoal quando as circunstâncias podem tornar difícil o cumprimento de seus compromissos éticos e a entrega do melhor cuidado possível. O aumento do estresse experimentado relaciona-se com altas taxas de *burnout*²⁵.

O ambiente de unidades de cuidados intensivos é, de fato, de exposição permanente a riscos, em que a relação aos quais a pessoa pode não ter condições de se proteger torna-se potencialmente vulnerável (*estar vulnerável*), diferente de uma condição potencial de vulnerabilidade, comum a todos ao se considerar a finitude da condição biológica (*ser vulnerável*). As decisões dos médicos e da equipe de especialistas muitas vezes focadas nas intervenções para doença podem contribuir para o aumento desnecessário de sofrimento às pessoas (pacientes nesse momento)^{8,26}. Os cuidados paliativos podem ser uma opção razoável para dar suporte à equipe da unidade de cuidados intensivos na assistência aos pacientes com estados avançados de doença^{27,28}.

Dessa forma, a abordagem dos cuidados paliativos favorece a

melhor comunicação e fornecimento de suporte aos pacientes e aos seus familiares nesses ambientes, além de ampliar as oportunidades para aliviar os sintomas físicos e emocionais entre outros sofrimentos envolvidos, e principalmente na possibilidade de modelos e intervenções específicas para melhorar os cuidados paliativos na unidades de cuidados intensivos²⁴.

CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

Os cuidados paliativos são definidos como a “abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas decorrentes de uma doença grave, ativa, progressiva (que ameaça a vida), através da prevenção e alívio do sofrimento, com identificação precoce, avaliação adequada e tratamento impecável dos problemas não só físicos, mas também os psicossociais e espirituais”²⁹. Paliar significa aliviar, proteger, e quem está protegido sente-se amparado, especialmente quando se refere aos cuidados das pessoas com doença progressiva, avançada, para a qual o prognóstico é limitado e o enfoque se desloca da cura da doença para a qualidade de vida. Twycross (2003), define cuidados paliativos como sendo os “cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipe multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”³⁰. Martins Pereira (2010) ratifica tais aspectos diante das várias situações de doença com carácter evolutivo que conduzem a um estado terminal e que podem se beneficiar da prestação de cuidados paliativos, designadamente, as doenças oncológicas em estado avançado, as condições graves e avançadas das doenças neurodegenerativas, a síndrome da imunodeficiência adquirida em fase avançada, as insuficiências de órgão avançadas (cardíaca, respiratória,

renal, hepática). Estas doenças, particularmente quando em situação adiantada e em rápida progressão, assumem grande complexidade e conduzem a uma debilitação progressiva do estado geral da pessoa, com o surgimento de múltiplos sintomas e problemas. Dessa forma, é importante considerar a pessoa gravemente doente tendo em conta as suas múltiplas necessidades, bem como considerar os problemas, os conflitos e os desafios éticos que podem emergir diante de tomadas de decisão em eventos de crise. Atendendo ao impacto que têm sobre a pessoa, destacam-se: as necessidades físicas e psicológicas entendidas como o conjunto de sintomas dos quais a pessoa padece e o impacto emocional que esta situação de vida tem para ela, bem como o sofrimento psicológico que lhe está associado, as necessidades sociais nas possíveis fragilidades das relações interpessoais, familiares, no risco de abandono, além das necessidades espirituais, em que adquire particular relevância a necessidade de redefinição do sentido da vida face à iminência da morte⁷.

Os cuidados paliativos propõem aliviar o sofrimento causado por uma doença grave e promover a qualidade de vida, tanto para os pacientes, adultos e crianças, quanto para seus familiares, sempre com foco em um nível adicional de cuidados, pois, quando se está diante do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, o sofrimento se manifesta de diversas formas, além de sintomas físicos. É nesse contexto, e fundamentando-se nos seus princípios, onde os aspectos éticos dos cuidados paliativos (em especial a dignidade como valor universal a todas as pessoas) tornam-se evidentes e o paciente recebe cuidado de acordo com suas preferências, priorizando as demandas de acordo com seus valores pessoais (incluindo as questões psicossociais e espirituais), buscando sempre a comunicação de maneira sensível e empática³¹. Neste sentido, o que justifica a prestação dos cuidados paliativos não é a doença ou a proximidade da morte, mas o fato de a pessoa estar viva e preocupada com a qualidade da vida que lhe

resta. A dignidade humana baseia-se na própria natureza da pessoa humana, em suas manifestações de racionalidade, liberdade e de finalidade em si, e que fazem do ser humano um ser em constante transformação em toda a sua integridade. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948, reconhece a dignidade como valor universal inerente a todos os seres humanos e fundamenta como uma atitude ética de respeito e de cuidado face ao outro e no direito que a pessoa tem a receber cuidados de saúde e a não ser sujeita a tratamentos considerados cruéis, desumanos ou degradantes³². Com base neste direito, a Declaração Conjunta de Compromisso por parte de associações internacionais como a International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) e da Worldwide Palliative Care Alliance, foi proposta em 2008 e consagra a prestação de cuidados paliativos e o tratamento da dor como um direito humano universal para todas as pessoas que deles necessitem³³. De acordo com este documento, o acesso aos cuidados paliativos inclui o acesso aos tratamentos e serviços adequados às necessidades e ao alívio do sofrimento destes doentes, além da criação de programas de formação em cuidados paliativos para profissionais de saúde e a implementação de estratégias de saúde pública que difundem este tipo de cuidados⁷.

Segundo a Organização Mundial da Saúde³⁴ os princípios dos cuidados paliativos são:

- proporcionar alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- afirmar a vida e considerar o morrer como um processo normal;
- não pretender apressar ou adiar a morte;
- integrar os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente;
- oferecer um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte;

- oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e em seu próprio luto;
- usar uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo o aconselhamento de luto, se indicado;
- melhorar a qualidade de vida, e também poder influenciar positivamente o curso da doença;
- se aplicável no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, incluir as investigações necessárias para melhor entender e gerenciar complicações clínicas angustiantes.

Radbruch (2020) destacou que os cuidados paliativos foram historicamente promovidos para o alívio do sofrimento sobretudo ao amenizar o final da vida. No entanto, atualmente são considerados boa prática assistencial, e, cada vez mais, devem ser implementados de forma precoce na trajetória de condições de saúde potencialmente fatais, porque o sofrimento relacionado à saúde torna-se grave quando não pode ser aliviado sem intervenção profissional e quando compromete as condições física, psicológica, social e espiritual. Além disso, os cuidados paliativos não devem ser exclusivos apenas a pacientes com doença oncológica, ou para o controle de determinado sintoma (físico) como a dor oncológica. Tem-se promovido o propósito de estar integrado ao tratamento de todas as condições de saúde potencialmente fatais, e ao serem percebidas todas as dimensões que envolvem o cuidado e a complexidade da natureza humana, os cuidados paliativos são eficazes na redução da carga de sintomas, na melhoria da qualidade de vida e na adequação de custo-benefício e de proporcionalidade com qualidade na assistência à saúde¹⁶.

Por sua vez, o conhecimento sobre os conceitos e os princípios

dos cuidados paliativos, e o entendimento da importância dos seus diversos níveis de abordagem, em especial, quando da oferta dos cuidados intensivos, poderá facilitar o reconhecimento das reais necessidades e demandas não atendidas dos pacientes e de seus familiares, mesmo antes de situações agudas em um processo de adoecimento, e mais ainda em uma eventual internação em UTI, para, enfim, considerar a importância da proposta de integração dos cuidados paliativos e intensivos³⁵.

CUIDADOS INTENSIVOS: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

O cuidado intensivo é a especialidade médica que se propõe a oferecer suporte imediato aos pacientes cujas vidas estão ameaçadas, como quando um órgão vital (coração, fígado, pulmões, rins ou sistema nervoso) é afetado ou transitoriamente comprometido. Estas condições incluem os eventos cardiovasculares (doenças coronarianas ou acidentes vasculares encefálicos), as infecções graves e as síndromes inflamatórias (sepse e choque séptico), as insuficiências orgânicas, como o choque cardiocirculatório, a insuficiência respiratória aguda, a insuficiência renal aguda, a insuficiência hepática associada ou não aos seus distúrbios de coagulação, os mais variados problemas neurológicos com alteração do nível de consciência. Há também outras situações como dos pacientes que necessitam de cuidados pós-operatórios intensivos para cirurgias extensas, ou pelas comorbidades associadas, em que monitorização e vigilância são exigidas, como também a necessidade dos cuidados intensivos para complicações de outros tratamentos clínicos e cirúrgicos (hemorragias, infecções, eventos trombóticos). Com isso, o cuidado intensivo visa a restaurar o equilíbrio dos órgãos vitais comprometidos do paciente, e, para manter ou substituir a função dos órgãos, os pacientes internados em unidade de cuidados intensivos requerem tratamentos complexos e uma

vigilância constante (nas 24 horas do dia). Passam por fases e a permanência na unidade pode durar de alguns dias a vários meses, e geralmente é revisada pela equipe multiprofissional para avaliar fases de melhora e de agravamento. A admissão na unidades de cuidados intensivos costuma ser crítica: Os tratamentos são imediatamente intensos e invasivos com o objetivo de estabilizar o paciente o mais rápido possível. Após essa fase crítica, outras complicações infecciosas ou técnicas ainda podem ocorrer, o que pode piorar a situação¹⁷. São considerados critérios de admissão em unidade de cuidados intensivos os pacientes que apresentem instabilidade clínica, com necessidade de suporte para as disfunções orgânicas e de monitoração intensiva: 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 terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI, exceto se forem potenciais doadores de órgãos. No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista³⁶. Há um subgrupo de expansão muito rápida de todos os pacientes que são admitidos na unidade de cuidados intensivos, os "pacientes muito idosos de terapia intensiva" (mais de 80 anos), mesmo com sentimento contrário da maioria dos médicos de UTI.

O consenso geral é de que há baixa sobrevida, como também a expectativa de vida incremental após a admissão na unidades de cuidados intensivos é considerada muito pequena. Uma triagem mais apropriada com decisões de admissão com base na tomada de decisão compartilhada e modelos de previsão mais aprimorados são necessários para este grupo de pacientes em particular³⁷.

Assim, os cuidados intensivos consistem num ambiente complexo em que se aplica a biotecnociência pela incorporação de alta tecnologia, e exige a experiência e a habilidade técnica dos médicos intensivistas (e de toda equipa multidisciplinar). Com base nesses conhecimentos e saberes tecnocientíficos permitem-se as decisões médicas (com a autoridade médica) sobre os planos de cuidado dos pacientes, que em muitas vezes estão na condição de vulneráveis e com pouca participação em escolhas/decisões das ações tomadas. Nas unidades de cuidados intensivos, os pacientes em estado potencialmente grave ou com insuficiência/falência orgânica necessitam de vigilância contínua e especializada, e em muitas vezes requerem dispositivos e equipamentos específicos. Os profissionais de saúde especializados em uma forma de interação inter e multidisciplinar realizam as intervenções avançadas e a monitorização para controle total das condições de doenças e das falências orgânicas, e suas complicações. Para garantir esse nível específico de atendimento, a UTI conta com uma equipe multiprofissional altamente qualificada e equipamentos médicos especiais. Sem o tratamento, o acompanhamento e a vigilância adaptados, as consequências destas condições ou doenças podem ser prejudiciais para a saúde tornando a situação potencialmente fatal^{38,17}. É fundamental que estes profissionais de saúde acompanhem os avanços biotecnológicos a serem aplicados nas condições extremas de doenças, o que pode torná-los em muitas vezes pouco reflexivos sobre outros aspectos, como psicossociais e espirituais,

envolvidos em uma abordagem mais ampla e integrada de assistência à saúde³⁹.

Mesmo com critérios de admissão definidos em suas prioridades, há ainda o desafio na oferta de cuidados intensivos diante do prognóstico incerto. Parece ser fácil tomar decisões quando o prognóstico médico é muito bom, e quando o prognóstico é muito ruim, a decisão de passar de um tratamento curativo para um tratamento de conforto também é relativamente fácil. Mas, possivelmente devido à incerteza, os membros da família podem ter dificuldade em aceitar um prognóstico ruim⁴⁰.

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS E CUIDADOS INTENSIVOS

A integração dos cuidados paliativos e intensivos tem sido cada vez mais proposta para alcançar a continuidade dos cuidados, na medida em que se concentra na coordenação dos cuidados em torno das necessidades dos pacientes com doenças avançadas. À medida que a integração de cuidados envolve várias estruturas e processos para a prestação de serviços, torna-se necessário uma abordagem pela equipe multidisciplinar e uma coordenação transversal para atender às demandas de pacientes/famíliares²¹.

Em 2016, o projeto internacional InSup-C apresentou uma definição de cuidados paliativos integrados: "O cuidado paliativo integrado significa reunir aspectos administrativos, organizacionais, clínicos e de serviços, a fim de realizar a continuidade dos cuidados entre todos os atores envolvidos na rede de atendimento de pacientes que recebem cuidados paliativos. Tem como objetivo alcançar a qualidade de vida e um processo de morrer bem apoiado para o paciente e a família em colaboração com todos os cuidadores"^{41,42}.

O conhecimento das motivações voltadas para o cuidado

integrado não é absoluto, desafiando a afirmar efetivamente do que é formado, qual é a estratégia para alcançá-lo, os indicadores a serem medidos e como melhor controlar as práticas de cuidado. O ‘cuidado integrado’ difere de ‘integração do cuidado’, onde há muita estrutura e processos que certamente interferem ou interpõem a continuidade do cuidado e seus resultados, mas inclui aspectos em termos de gestão, organização, cadeia provedor-consumidor (níveis de serviço ou entrega). Lyngso (2014) descreve a seguinte definição: "Integração é um conjunto coerente de métodos e modelos sobre os níveis de financiamento, administrativo, organizacional, de prestação de serviços e clínicos projetados para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre os setores de cura e cuidados. O objetivo desses métodos e modelos é melhorar a qualidade do atendimento, a satisfação do consumidor e a eficiência do sistema para pacientes com problemas complexos e de longo prazo em vários serviços, provedores e ambiente. O resultado desses esforços multifacetados para promover a integração em benefício desses grupos especiais de pacientes é o cuidado integrado"⁴³.

As consultas proativas de cuidados paliativos centrados no paciente e na família demonstram benefícios, já que tem o objetivo de otimizar a qualidade de vida, atendendo às necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais e, portanto, podem contribuir à adesão de medidas de qualidade para que estas ações específicas em todas as dimensões dos cuidados sejam integradas nas unidades de cuidados intensivo²⁴. Entretanto, mesmo tendo a *American Thoracic Society* (Sociedade Americana do Tórax) e a *Society of Critical Care Medicine* (Sociedade de Americana de Cuidados Intensivos) publicado declarações para promoção dos cuidados paliativos para pacientes com doenças críticas, ainda assim são limitadas as estratégias sobre a melhor forma de

fornecer cuidados paliativos de alta qualidade em UTI⁴⁴. A qualidade dos cuidados paliativos em unidades de cuidados intensivos ainda é abaixo do ideal, variando na estrutura e no processo na prestação de cuidados, incluindo limitações de profissionais, deficiências nas habilidades e engajamento infrequente e tardio dos especialistas em cuidados paliativos, e, com isso, as intervenções podem não ocasionar melhoria na qualidade da assistência na UTI⁴⁵. Tais medidas foram recentemente validadas, tendo sido constatado que o desempenho do processo dos cuidados paliativos na unidade de cuidados intensivos ainda é altamente variável, variando de 3% a 98% de adesão, mas geralmente permanece em cerca de 50% do desempenho geral⁴⁶.

A carência nos estudos em definir integração corresponde à dificuldade em identificar seus resultados ou desfechos, e que acabam se utilizando dos indicadores quanto ao estabelecimento das metas de cuidado na unidade de cuidado intensivo. Estas acabam sendo focadas basicamente nos cuidados de fim de vida, que corresponde apenas a um segmento dos cuidados paliativos, e, portanto, não atende nem satisfaz aos elementos (amplos) da integração. Assim, as situações como ‘ordens de não ressuscitar’ ou ‘não iniciar suporte vital’ (que prolongam a vida), ou mesmo a sua retirada (ventilação mecânica ou suporte renal substitutivo), são avaliadas como nível de qualidade de cuidados em fim de vida, geralmente no último mês de vida de doenças avançadas e progressivas. Estas situações não são suficientes como medidas para avaliação dos cuidados paliativos integrados em cuidados intensivos. Apesar disso, o estudo do grupo de *Lamba* (2012) destacou dados importantes para apoiar um ‘modelo integrativo’, como o controle de sintomas (desfecho clínico), as percepções tanto da família como da equipe de assistência (enfermagem) na qualidade do morrer e da morte na

UTI, como também as habilidades na comunicação para compartilhar tomada de decisão e objetivos do cuidado com pacientes, familiares, ou seus representantes, além do tempo de permanência na UTI e hospitalar (desfechos não-clínicos)⁴⁷.

Efetivamente, uma perspectiva bem definida de modelo organizacional de integração de cuidados paliativos e intensivos não tem sido contemplada pelos estudos. Apesar de variados e concomitantes em alguns estudos os modelos deram mais ênfase aos componentes de 'educação', de 'foco no paciente', e de 'melhoria de qualidade' que correspondem aos aspectos fundamentais para implementação, como aos princípios dos cuidados paliativos^{48,49,50}. Em revisão sistemática recente, os modelos de integração variaram desde consultoria à educação em comunicação e em processos de tomada de decisão. Os resultados incluíram o tempo de internação, a qualidade de morrer, as decisões de tratamento e a satisfação da equipe, sugerindo que a integração precoce dos cuidados paliativos nas unidades de cuidados intensivos reduz o tempo de permanência, os custos, a readmissão em 30 dias e a utilização do hospital sem impactar na mortalidade⁵¹.

Alguns autores, percebendo a importância do comportamento humano, em especial, na função desempenhada pelos médicos e outros profissionais na área de cuidados intensivos (intensidade de vigilância, de monitoramento, de controle e uso de dispositivos) têm destacado que o 'fator humano' é uma disciplina científica estabelecida que estuda a interrelação entre humanos, os equipamentos (tecnologia) e o ambiente de trabalho. Os aspectos centrais do fator humano, amplamente conhecidos como habilidades não-técnicas, incluem três dimensões⁵²:

- cognitiva (consciência da situação, tomada de decisão);
- interpessoal (comunicação, trabalho em equipe, liderança);

- recursos pessoais (gerenciamento do estresse, enfrentamento da fadiga, empatia, resiliência).

Assim, reconhecendo que nas unidades de cuidados intensivos há oportunidade de uma efetiva integração dos cuidados, as evidências científicas têm descrito que a falta destes aspectos do ‘fator humano’ pode estar associada ao baixo desempenho, com possibilidade de falhas ou lacunas no processo assistencial à saúde, e na prestação inadequada de cuidados. Os princípios e a prática destes fatores humanos podem ajudar os intensivistas e todas as equipes intedisciplinares a oferecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, podendo-se implementar a integração de cuidados, com vistas a diminuir o *burnout* e a criar um ambiente de trabalho mais agradável e proveitoso.

CONCLUSÃO

Os modelos de integração ainda são heterogêneos, desde consultoria até formação, como também o modelo misto. As evidências de integração de cuidados paliativo em cuidados intensivos ainda são limitadas e heterogêneas, principalmente entre os profissionais de cuidados intensivos. A integração geralmente está mais associada ao ambiente micro, especificamente aos cuidados (controle de sintomas) de fim de vida, e na limitação das medidas de suporte de vida. Os profissionais de cuidados intensivos são capazes de oferecer cuidados paliativos, mas na prática diária não é observada esta integração de cuidados. É fundamental reconhecer a importância do binômio paciente-família, ao ser promovida a aproximação dos familiares nas unidades de cuidados intensivos.

Os fatores humanos com suas dimensões cognitivas, interpessoais e pessoais podem ser estimulados entre gestores de saúde e aos próprios

profissionais de saúde com vistas às melhores ações coordenadas ao processo de integração dos cuidados paliativos e intensivos. Mais investigações são necessárias para o melhor conhecimento sobre a integração de cuidados paliativos e intensivos, inclusive na promoção da educação/treinamento em cuidados paliativos, como para fortalecer sua implementação cultural.

A melhor compreensão dos comportamentos e da colaboração na integração de cuidados poderá ser usada para desenvolvimento e a orientação nessa área. As consequências das diferentes percepções sobre as dimensões do cuidados e os possíveis elementos organizativos de integração dos cuidados paliativos e intensivos poderão ser exploradas em estudos futuros.

Parte deste capítulo envolveu a revisão teórica e de literatura realizada na dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos – “Integração de cuidados paliativos e cuidados intensivos: um estudo de abordagem mista sobre as perspectivas dos profissionais de saúde” – apresentado pelo autor ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal em outubro de 2021.

REFERÊNCIAS

1. OLSHANSKY, S.J. FROM LIFESPAN TO HEALTHSPAN. JAMA 2018; 320(13): 1323–1324.
2. WORLD HEALTH ASSEMBLY, 69. (2016). THE GLOBAL STRATEGY AND ACTION PLAN ON AGEING AND HEALTH 2016-2020: TOWARDS A WORLD IN WHICH EVERYONE CAN LIVE A LONG AND HEALTHY LIFE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://APPS.WHO.INT/IRIS/HANDLE/10665/252783](https://apps.who.int/iris/handle/10665/252783). ACESSO EM 26/10/2021.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E NAS LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIAS / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE,

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. – BRASÍLIA:
MINISTÉRIO DA SAÚDE.

4. BERMAN, D.S. COMFORT CARE FOR PATIENTS DYING IN THE HOSPITAL. *N ENGL J MED* 2016; 374(17): 1692–1693. [HTTPS://DOI.ORG/10.1056/NEJMC1600661](https://doi.org/10.1056/NEJMC1600661).
5. BLINDERMAN, C.D., BILLINGS, J.A. COMFORT CARE FOR PATIENTS DYING IN THE HOSPITAL. *N ENGL J MED* 2015; 373: 2549–2561.
6. CALLAHAN, D. MODERNIZING MORTALITY: MEDICAL PROGRESS AND THE GOOD SOCIETY. THE HASTINGS CENTER REPORT 1990; 20(1): 28–32. [HTTPS://DOI.ORG/10.2307/3562971](https://doi.org/10.2307/3562971).
7. MARTINS PEREIRA, S. (2010). CUIDADOS PALIATIVOS. CONFRONTAR A MORTE. LISBOA: UNIVERSIDADE CATÓLICA EDITORA.
8. WEISSMAN, D.E., MEIER, D.E. IDENTIFYING PATIENTS IN NEED OF PALLIATIVE CARE ASSESSMENT IN THE HOSPITAL SETTING A CONSENSUS REPORT FROM THE CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* 2011; 14(1): 17–23.
9. HUA, M., WUNSCH, H. INTEGRATING PALLIATIVE CARE IN THE ICU. *CURRENT OPINION IN CRITICAL CARE* 2014; 20(6): 673–680. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/MMC.000000000000149](https://doi.org/10.1097/MMC.000000000000149)
10. CREUTZFELDT, C. J., ENGELBERG, R. A., HEALEY, L., ET AL. PALLIATIVE CARE NEEDS IN THE NEURO-ICU. *CRITICAL CARE MEDICINE* 2015; 43(8): 1677–1684.
11. O'CONNELL, K., MAIER, R. PALLIATIVE CARE IN THE TRAUMA ICU. *CURRENT OPINION IN CRITICAL CARE* 2016; 22(6): 584–590. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/MCC.000000000000357](https://doi.org/10.1097/MCC.000000000000357).
12. SCIBETTA, C., KERR, K., MCGUIRE, J., RABOW, M.W. THE COSTS OF WAITING: IMPLICATIONS OF THE TIMING OF PALLIATIVE CARE CONSULTATION AMONG A COHORT OF DECEDENTS AT A COMPREHENSIVE CANCER CENTER. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* 2016; 19(1): 69–75. [HTTPS://DOI.ORG/10.1089/jpm.2015.0119](https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0119)
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). DOCUMENTATION. DISPONÍVEL EM: [APPS.WHO.INT/GB/E/E_wha67.HTML](https://apps.who.int/GB/E/E_wha67.html). ACESSO EM 23/03/2018.
14. RADBRUCH, L. AND PAYNE, S. WHITE PAPER IN STANDARDS AND NORMS FOR HOSICE AND PALLIATIVE CARE IN EUROPE: PART 1. *EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE* 2009;

- 16(6): 278–289. ACESSO EM 26/10/2021. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://EAPCRESEARCHCONGRESS2020.EU/WP-CONTENT/UPLOADS/2020/11/WHITE-PAPER-ON-STANDARDS-AND-NORMS-FOR-HOSPICE-AND-PALLIATIVE-CARE-IN-EUROPE.PDF](https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/white-paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-europe.pdf)
15. KNAUL, F.M., FARMER, P. E., KRAKAUER, E.L., ET AL, ON BEHALF OF THE LANCET COMMISSION ON GLOBAL ACCESS TO PALLIATIVE CARE AND PAIN RELIEF STUDY GROUP. ALLEVIATING THE ACCESS ABYSS IN PALLIATIVE CARE AND PAIN RELIEF - AN IMPERATIVE OF UNIVERSAL HELTH COVERAGE: THE LANCET COMMISSION REPORT. THE LANCET 2018; 391(10128): 1391–1454. ACESSO EM 26/10/2021. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
 16. RADBRUCH, L., DE LIMA, L., KNAUL, F., ET AL. REDEFINING PALLIATIVE CARE – A NEW CONSENSUS-BASED DEFINITION. J PAIN SYMPTOM MANAGE 2020; 60(4): 754–764.
 17. ESICM. (2017). WHAT IS INTENSIVE CARE? EUROPEAN SOCIETY OF INTENSIVE CARE MEDICINE. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ESICM.ORG/PATIENT-AND-FAMILY/WHAT-IS-INTENSIVE-CARE/](https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/). ACESSO EM 27/10/2021.
 18. JUNG, C., WERNLY, B., MUESSIG, J.M., ET AL. A COMPARISON OF VERY OLD PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT AFTER ACUTE VERSUS ELECTIVE SURGERY OR INTERVENTION. J CRIT CARE 2019; 52: 141–148.
 19. SALAMANCA-BALEN, N., SEYMOUR, J., CASWELL, G., ET AL. THE COSTS, RESOURCE USE AND COST-EFFECTIVENESS OF CLINICAL NURSE SPECIALIST-LED INTERVENTIONS FOR PATIENTS WITH PALLIATIVE CARE NEEDS: A SYSTEMATIC REVIEW OF INTERNATIONAL EVIDENCE. PALLIATIVE MEDICINE 2017; 32(2): 447–465.
 20. ALDRIDGE, M.D., HASSLAAR, J., GARRALDA E., ET AL. EDUCATION, IMPLEMENTATION, AND POLICY BARRIERS TO GREATER INTEGRATION OF PALLIATIVE CARE: A LITERATURE REVIEW. PALLIATIVE MEDICINE 2016; 30(3): 224–239.
 21. DEN HERDER-VAN DER EERDEN, M., EWERT, B., HODIAMONT, F., ET AL. TOWARDS ACCESSIBLE INTEGRATED PALLIATIVE CARE. JOURNAL OF INTEGRATED CARE 2017; 25(3): 222–232.
 22. METAXA, V., ANAGNOSTOU, D., VLACHOS, S., ET AL. PALLIATIVE CARE INTERVENTIONS IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS. INTENSIVE CARE MED 2021; OUT 15. DOI: 10.1007/s00134-021-06544-6. EPUB AHEAD OF PRINT.

23. FRONTERA, J.A., CURTIS, J.R., NELSON, J.E., ET AL. (2015). INTEGRATING PALLIATIVE CARE INTO THE CARE OF NEUROCRITICALLY ILL PATIENTS: A REPORT FROM THE IMPROVING PALLIATIVE CARE IN THE ICU PROJECT ADVISORY BOARD AND THE CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. *CRIT CARE MED* 2015; 43(9):1964-77. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001131
24. ASLAKSON, R.A., CURTIS, J. R., NELSON, J. E. THE CHANGING ROLE OF PALLIATIVE CARE IN THE ICU. *CRIT CARE MED* 2014; 42(11): 2418–2428.
25. DZAU, V.J., KIRCH, D.G., NASCA, T.J. TO CARE IS HUMAN - COLLECTIVELY CONFRONTING THE CLINICIAN-BURNOUT CRISIS. *NEW ENGL J MED* 2018; 378(4): 312–314. [HTTPS://DOI.ORG/10.1056/NEJMp1715127](https://doi.org/10.1056/NEJMp1715127).
26. NELSON, J.E., COX, C.E., HOPE, A.A., CARSON, S.S. INTEGRATION OF PALLIATIVE CARE IN CHRONIC CRITICAL ILLNESS MANAGEMENT. *AM J RESPIR CRIT CARE MED* 2010; 182(4): 446–454.
27. COELHO, C.B.T.; YANKASKAS, J.R. NEW CONCEPTS IN PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *REV BRAS TER INTENSIVA* 2017; 29(2): 222–230.
28. RESTAU, J., GREEN, P. PALLIATIVE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *CRIT CARE NURS CLIN NORTH AM* 2014; 26(4): 551–558.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017A). CANCER. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.WHO.INT/CANCER/PALLIATIVE/DEFINITION/EN/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/). ACESSO EM 26/03/2018.
30. TWYXCROSS, R. (2003). CUIDADOS PALIATIVOS. 2ª ED. LISBOA: CLIMEPSI.
31. MURRAY, S.A., KENDALL, M., MITCHELL, G., ET A. PALLIATIVE CARE FROM DIAGNOSIS TO DEATH. *BMJ (ONLINE)* 2017; 356: 1–5. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/BMJ.J878](https://doi.org/10.1136/bmj.j878)
32. UNESCO. (1998). DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (UNITED NATIONS. GENERAL ASSEMBLY, NEW YORK, 1948). DISPONÍVEL EM: [HTTPS://UNESDOC.UNESCO.ORG/ARK:/48223/PF0000139423](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423). ACESSO EM 26/10/2021.
33. IAHPAC. INTERNATIONAL HOSPICE AND PALLIATIVE CARE ASSOCIATION AND WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. (2008). A JOINT DECLARATION AND STATEMENT OF COMMITMENT FOR THE RECOGNITION OF PALLIATIVE CARE

- AND PAIN TREATMENT AS HUMAN RIGHTS. IAHP NEWS, 9(9). DISPONÍVEL EM: [HTTPS://HOSPICECARE.COM/NEWS/08/09/JOINT_DECLARATION.HTML](https://hospicecare.com/news/08/09/joint_declaration.html). ACESSO EM 26/10/2021.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017B). PALLIATIVE CARE. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS402/EN/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/). ACESSO EM 09/07/2017.
 35. MCCRAY, T. THE ART OF HEALING - TRANSFORMING INTENSIVE UNIT CARE DELIVERY USING A COMPASSIONATE CARE APPROACH. JOURNAL OF HOSPICE & PALLIATIVE NURSING 2016; 18(1): 29–38. [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/NJH.000000000000206](https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000206).
 36. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, BRASIL. (2016). RESOLUÇÃO No. 2156, DE 28 DE OUTUBRO DE 2016. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, SEÇÃO 1, No 220, 17 DE NOVEMBRO DE 2016, P. 138.
 37. FLAATTEN, H., DE LANGE, D.W., ARTIGAS, A., ET AL. THE STATUS OF INTENSIVE CARE MEDICINE RESEARCH AND A FUTURE AGENDA FOR VERY OLD PATIENTS IN THE ICU. INTENSIVE CARE MED 2017; 43(9):1319–1328. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOI: 10.1007/s00134-017-4718-z](https://doi.org/10.1007/s00134-017-4718-z). ACESSO EM 26/10/2021.
 38. AMIB. (2009). HC APROVA SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.AMIB.ORG.BR/NOTICIA/NID/HC-APROVA-SERVICO-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS/](https://www.amib.org.br/noticia/nid/hc-aprova-servico-de-cuidados-paliativos/). ACESSO EM 10/04/2021.
 39. D'ARCO, C., FERRARI, C.M.M., CARVALHO, L.V.B. DE, ET AL. OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA SOB O REFERENCIAL BIOÉTICO DA VULNERABILIDADE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM. MUNDO SAÚDE 2016; 40(3): 382–389. [HTTPS://DOI.ORG/10.15343/0104-7809.20164003382389](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20164003382389).
 40. GANZ, F.D. IMPROVING FAMILY INTENSIVE CARE UNIT EXPERIENCES AT THE END OF LIFE: BARRIERS AND FACILITATORS. CRITICAL CARE NURSE 2019; 39(3): 52–58.
 41. EWERT, B., HODIAMONT, F., VAN WIJNGAARDEN, J., ET AL. BUILDING A TAXONOMY OF INTEGRATED PALLIATIVE CARE INITIATIVES: RESULTS FROM A FOCUS GROUP. BMJ SUPPORTIVE & PALLIATIVE CARE 2016; 6: 14–20. [HTTPS://DOI.ORG/10.1136/BMJSPCARE-2014-000841](https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000841)
 42. INSUP-C. INTEGRATED PALLIATIVE CARE. (2016). HASSELAAR, J., LAYNE, S. (EDS.). NIJMEGEN: RADBOUD

- UNIVERSITY MEDICAL CENTER, 58 p. DISPONÍVEL EM:
[HTTP://WWW.INSUP-C.EU/](http://www.insup-c.eu/). ACESSO EM 26/10/2021.
43. LYNGSØ, A.M., GODTFREDSSEN, N. S., HØST, D., AND FRØLICH, A. INSTRUMENTS TO ASSESS INTEGRATED CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. *INTERNATIONAL JOURNAL OF INTEGRATED CARE* 2014; 14(25): 1–15. ACESSO EM 26/10/2021. DISPONÍVEL EM:
[HTTPS://DOI.ORG/10.5334/IJIC.1184](https://doi.org/10.5334/ijic.1184).
 44. MULARSKI, R.A., REINKE, L.F., CARRIERI-KOHLMAN, V., ET AL; ATS AD HOC COMMITTEE ON PALLIATIVE MANAGEMENT OF DYSPNEA CRISIS. AN OFFICIAL AMERICAN THORACIC SOCIETY WORKSHOP REPORT: ASSESSMENT AND PALLIATIVE MANAGEMENT OF DYSPNEA CRISIS. *ANNALS OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY* 2013; 10(5): S98–S106.
 45. CURTIS, J. R., NIELSEN, E. L., TREECE, P.D., ET AL. EFFECT OF A QUALITY-IMPROVEMENT INTERVENTION ON END-OF-LIFE CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A RANDOMIZED TRIAL. *AM J RESPIR CRIT CARE MED* 2011; 183(3): 348–355.
 46. MULARSKI, R.A., HANSEN, L., ROSENKRANZ, S.J., ET AL. MEDICAL RECORD QUALITY ASSESSMENTS OF PALLIATIVE CARE FOR INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS. DO THEY MATCH THE PERSPECTIVES OF NURSES AND FAMILIES? *ANNALS OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY* 2016; 13(5): 690–698.
 47. LAMBA, S., MURPHY, P., MCVICKER, S., ET AL. CHANGING END-OF-LIFE CARE PRACTICE FOR LIVER TRANSPLANT SERVICE PATIENTS: STRUCTURED PALLIATIVE CARE INTERVENTION IN THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT. *JOURNAL OF PAIN AND SYMPTOM MANAGEMENT* 2012; 44(4): 508–519.
 48. RAMOS, K.J., LOIS DOWNEY, L., NIELSEN, E.L., ET AL. USING NURSE RATINGS OF PHYSICIAN COMMUNICATION IN THE ICU TO IDENTIFY POTENTIAL TARGETS FOR INTERVENTIONS TO IMPROVE END-OF-LIFE CARE. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE* 2016; 19(3): 292–299.
 49. CARSON, S.S., COX, C.E., WALLENSTEIN, S., ET AL. EFFECT OF PALLIATIVE CARE-LED MEETINGS FOR FAMILIES OF PATIENTS WITH CHRONIC CRITICAL ILLNESS. A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *JAMA* 2016; 316(1): 51–62.
 50. NELSON, J.E., HANSON, L.C., KELLER, K.L., ET AL. THE VOICE OF SURROGATE DECISION MAKERS: FAMILY RESPONSES TO PROGNOSTIC INFORMATION IN CHRONIC CRITICAL ILLNESS. *AM J RESPIR CRIT CARE MED* 2017; 196(7): 864–872.

51. MARTINS PEREIRA, S., RIBEIRO, A., HERNÁNDEZ-MARRERO, P. WHERE, WHEN AND HOW TO BEST INTEGRATE PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE? RESULTS FROM A SYSTEMATIC REVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS. *PALLIATIVE MEDICINE* 2020; 34(1S): 106. DOI: 10.1177/0269216320958098.
52. NACUL, F.E. & DELLA TORRE, V. HUMAN FACTORS IN CRITICAL CARE MEDICINE. *ICU MANAGEMENT & PRACTICE* 2020; 20(2): 151–153.

SOBRE OS AUTORES

Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ, Brasil; Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ. Docente Titular do Curso de Graduação em Medicina do UNIFESO. E-mail: anapaulaesteves@me.ufrj.br

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.

Eugênio Silva

Diplomado em Ciência da Computação pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Mestre em Sistemas e Computação pelo Instituto Militar de Engenharia (IME). Doutor em Engenharia Elétrica (ênfase em Métodos de Apoio à Decisão) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Atualmente é Professor Adjunto da Unidade de Computação do Centro Universitário Estadual da Zona Oeste (UEZO); Professor Titular do curso de Ciência da Computação do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO); Professor Adjunto do curso de Ciência da Computação do Centro Universitário Carioca (UNICARIOCA). 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.

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).

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 Assessor da Direção de Educação à Distância do Unifeso (DEAD) e professor de disciplinas de humanidades, Filosofia, Ética e Bioética no Unifeso. Seus principais temas de pesquisa são: Bioética, Ética, Heidegger, Filosofia da Ciência.

Luciana Narciso da Silva Campany

Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), em associação com Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal Fluminense. Em pós-doutorado (bolsista CAPES) na Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Departamento de Ciências Sociais. Endereço institucional: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 919. Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21031-210. Endereço eletrônico para correspondência: luciana.narciso@gmail.com

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). Mestrando em Cuidados Paliativos pelo

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (ENSP-FIOCRUZ), com Doutorado-Sanduíche [CAPES] no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa, Porto. Especialista AMB em Medicina Intensiva e Certificado em Medicina Paliativa AMIB. Especialista AMB em Clínica Médica 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, Unifeso, e atua como médico da UTI e do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano - Botafogo, Rio de Janeiro.

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).

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; Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Filosofia da Universidade Federal de São João del Rei; 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).

Sérgio Rego

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador titular da Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Departamento de Ciências Sociais. Pesquisador 1D CNPq. Coordenador do GT de Bioética da Abrasco. Coordenador da Unidade Rio de Janeiro da International Network da Chair in Bioethics University of Haifa (centro colaborador da Associação Médica Mundial) Endereço eletrônico para correspondência: rego@ensp.fiocruz.br

