

# O ensino da ética no curso de medicina

## Ethics teaching in medical courses

### Enseñanza de la ética en cursos médicos

*José Eduardo de Siqueira\**

**RESUMO:** O ensino de ética e bioética no curso médico tem sido motivo de intensos debates nos últimos anos. Esse fato é motivado por mudanças que veem ocorrendo nos campos sociais, culturais, econômicos, tecnológicos e políticos. Faz-se imperioso melhor qualificar a formação ética do profissional médico por ser essencial em seu labor cotidiano, bem como no relacionamento com pacientes e seus familiares e a comunidade em geral. O século XXI pede por profissionais habilitados para tomarem decisões prudentes frente aos dilemas morais relacionados à saúde humana. O propósito central deste ensaio é o de discutir as alternativas de ensino de ética e bioética no curso de medicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética-educação. Ética médica-educação. Educação de graduação em medicina.

**ABSTRACT:** Ethics and bioethical teaching in the medical course has been a reason for intense debates in recent years. This fact is motivated by changes that have been occurring in social, cultural, economic, technologic and political fields. It is now crucial to characterize ethical education of medical professionals because ethics is essential to their daily work, as well as in the relationship with patients and their families and the community as a whole. The Twenty-first century requires professionals qualified to take prudent decisions before moral dilemmas regarding human health. The central intention of this essay is to discuss alternatives for ethics and bioethics teaching in medical courses.

**KEYWORDS:** Bioethics-education. Ethics, medical-education. Education, medical, undergraduate.

**RESUMEN:** La enseñanza de ética y bioética en el curso médico ha sido una razón de discusiones intensas estos últimos años. Este hecho es motivado por los cambios que han estado ocurriendo en campos sociales, culturales, económicos, tecnológicos y políticos. Es crucial ahora caracterizar la educación ética de profesionales médicos porque la ética es esencial para su trabajo diario, así como en la relación con los pacientes y sus familias y la comunidad. El siglo XXI requiere profesionales calificados como para tomar decisiones prudentes en relación a dilemas morales respecto la salud humana. La intención central de este ensayo es discutir las alternativas para la enseñanza de la ética y de la bioética en cursos médicos.

**PALABRAS LLAVE:** Bioética-educación. Ética médica-educación. Educación de pregrado en medicina.

*“Nos cursos de medicina, o ensino da ética, na maioria das vezes, está centrado nos temas escolhidos pelo docente (...), na maioria das vezes a abordagem dos tópicos é feita primordialmente sob o ângulo da deontologia, do código de ética. Desse modo, a reflexão crítica sobre valores não é estimulada.”<sup>1</sup>*

#### Herança cartesiana

Inicialmente, é necessário salientar que educar não consiste simplesmente em instruir, transferir conhecimentos, mas colaborar na

formação do caráter de uma pessoa para que ela possa alcançar a condição de cidadão cooperativo na construção de uma sociedade solidária.

Lamentavelmente, cultivamos modelo educacional cativo de parâmetros como eficácia, rentabilidade econômica, esmero na formação técnica e subestimamos a educação em valores éticos. Nosso míope pluralismo moral concebeu a educação inspirada na busca do êxito pessoal, embalada pela competitividade sem escrúpulos na qual sempre acaba prevalecendo a vitória do mais forte. Como resul-

tado, as universidades contribuem cada vez mais para formar profissionais egocêntricos e menos cidadãos empenhados em promover a solidariedade.

Há espaço para cultivar a liberdade, a solidariedade, a tolerância com o diferente, a convivência democrática, a luta contra a discriminação e as injustiças sociais? Como superar esse perverso modelo de formação universitária que oferece como produto acabado profissionais, especialistas com visões descompromissadas com valores éticos fundamentais?

\* Médico Cardiologista. Doutor em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade Estadual de Londrina – PR. Pós-doutor em Bioética pela Universidade do Chile. Professor associado da Universidade Estadual de Londrina. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética. Membro da rede latino-americana de Bioética, UNESCO. Membro da Diretoria da Associação Internacional de Bioética. E-mail: jtsique@sercomtel.com.br

*Bioethics, bridge to the future*, de Van Rensselaer Potter, é considerado o marco histórico para construção de novo modelo de percepção ética diante dos desafios que foram apresentados à humanidade a partir da segunda metade do século XX<sup>2</sup>. Considerando que a “universidade deveria ser o lugar de permanente busca da verdade orientada para o futuro visando a transmitir às gerações de acadêmicos não só conhecimentos, mas também juízos de valores”, Potter sugeriu que para superar os exíguos limites reflexivos das disciplinas, haveria que se elaborar a construção do saber em perspectivas interdisciplinares na busca de uma “ciência da sobrevivência” para a espécie humana<sup>3</sup>.

Sabemos que é possível preservar liberdades individuais e simultaneamente cultivar hábitos sociais fraternos. Entretanto, é certo que a atomização do conhecimento, produto do modelo cartesiano de formação acadêmica, nos fez perder a noção de comunidade humana solidária. A universidade, que deveria promover a universalidade do conhecimento, transformou-se numa gigantesca arca que conduz diferentes núcleos de restritos saberes que sequer se comunicam entre si.

Bertold Brecht, em *A vida de Galileu*, assim se pronunciou sobre a insensatez dos cientistas:

“Talvez, descubrais tudo aquilo que se pode descobrir e, contudo, o vosso progresso não será mais do que uma progressão, deixando a humanidade sempre cada vez mais para trás. A distância entre vós e ela pode, um dia, tornar-se tão profunda que o vosso grito de triunfo diante de alguma nova conquista poderá receber como resposta um grito de pavor”<sup>4</sup>.

A necessidade de introduzir a reflexão bioética no ambiente aca-

dêmico dos profissionais da área médica faz-se presente na singela recomendação de Lain Entralgo: “O profissional que seriamente queira exercer medicina, terá que dominar o saber de humanidades”<sup>5</sup>. O modelo cartesiano de ensino, condutor da formação médica, privilegia o conhecimento fragmentado de acordo com percepções específicas de cada área do saber acadêmico, desconsiderando a óbvia inseparabilidade entre as partes que constituem o ser humano integral.

Tal concepção divide a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores, pequenos lotes de conhecimentos sob domínio de especialistas que, segundo Morin, passaram a comportar-se como “lobos que urinam para marcar seus territórios e mordem os que nele penetram”<sup>6</sup>. Quaisquer propostas de mudanças na estrutura curricular desses cursos encontram enormes resistências por parte dos “donos dos lotes”, que transformaram a formação acadêmica de profissionais da medicina em interminável sequência de exposição de pequenos saberes desconexos.

Em consequência desse equivocado modelo pedagógico, impõem-se aos estudantes cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos de diferentes disciplinas, nas quais as informações são apresentadas sem qualquer preocupação de necessária síntese que possa permitir aos jovens melhor compreensão do ser humano biopsicossocial e espiritual. Morin explica que, originalmente, a palavra disciplina designava um pequeno chicote utilizado para exercícios de autoflagelação. No sentido atual, “tornou-se um meio de flagelar aqueles que se aventuram no domínio das idéias que os especialistas consideram propriedades suas”<sup>6</sup>.

O modelo de educação baseado no paradigma cartesiano acolhe o objeto e não o sujeito, o território

biológico e não o ser humano integral, a quantidade e não a qualidade, o periférico e não o nuclear, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, o transitório e não o essencial. Como apreender o global, o multidimensional, o complexo e organizar o conhecimento para melhor compreender o ser humano, necessário protagonista de tomada de decisões médicas? Curiosamente, encontramos a resposta em um contemporâneo de Descartes, Blaise Pascal, que assim se manifestou sobre o conhecimento da realidade que nos cerca:

Sendo todas as coisas causadas ou causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas ou imediatas e sustentando-se todas por um elo natural que une as mais distantes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer as partes<sup>7</sup>.

Faz-se imperioso, portanto, adotar novos modelos pedagógicos que facilitem o conhecimento e domínio de habilidades e atitudes dos profissionais médicos que lhes permitam reconhecer o ser humano em sua integralidade. É urgente unir o que foi arbitrariamente separado.

Troncon atribui a perda do caráter humanista da medicina ao fato de a prática profissional permanecer cativa de uma visão reducionista e mecanicista do ser humano. Tributária do modelo cartesiano de ciência, a medicina atual percebe os seres vivos apenas como variáveis biológicas, desprezando os aspectos emocionais, crenças e valores, enfim, a história biográfica da pessoa enferma<sup>8</sup>. Ao trocarmos ricas variáveis sócio-antropológicas do ser humano enfermo por um reconhecimento unicamente biológico, induzimos jovens estudantes a transformarem-se em meros cuidadores de doenças. Dados indicati-

vos de vários estudos demonstram a importância do período de instrução acadêmica nessa grave distorção da formação profissional.

Pesquisa estadunidense realizada nos anos de 1950, com 64 médicos que responderam a questionários aplicados no início e ao final de seus cursos de medicina, mostrou que a maioria dos jovens, ao ingressar na faculdade, demonstrava especial interesse em exercer a profissão guiada por espírito de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo. Ao final do curso, entretanto, pouco restava desse ideal nos recém-formados. Os dados coletados permitiram concluir que, paradoxalmente, ao longo do curso de medicina ocorria significativo crescimento do cinismo, concebido com regra profissional, enquanto diminuía o humanismo<sup>9</sup>. Também Robinson observou que estudantes de medicina ingleses reconheciam que o treinamento profissional, que era levado a efeito ao longo do período acadêmico, os estava induzindo a desconsiderar atitudes de cuidado aos enfermos, motivo que os havia, originalmente, atraído ao curso médico<sup>10</sup>.

O mesmo tipo de resultado foi constatado em pesquisa empreendida por Kottow para identificar mudanças nas atitudes morais de 79 estudantes de medicina em diferentes momentos da formação acadêmica. Concluiu que no transcorrer do curso instalou-se “uma progressiva erosão de atitudes humanistas que são substituídas por orientação profissional de respeito à normas e códigos”, trocando-se, assim, a atenção ao ser humano biográfico por obediência a um conjunto de normas deontológicas<sup>11</sup>.

Estudo da Associação Americana de Escolas Médicas também constatou que expressivo número de estudantes de medicina estadunidenses subestima atitudes de respeito ao paciente, fazendo pre-

valecer como essenciais em suas vidas profissionais os valores materiais, como acúmulo de riqueza e êxito em galgar posições de destaque na escala social<sup>12</sup>.

Lind realizou estudo com 746 estudantes de medicina ao longo de seis anos de formação acadêmica, concluindo ter havido regressão na competência em estabelecer juízos morais, o que ficou expresso pelo desprezo que os alunos progressivamente passavam a dedicar aos pacientes enquanto sujeitos morais autônomos<sup>13</sup>.

Rego constatou situação semelhante e reconheceu nesse comportamento uma “ignóbil coisificação” do paciente, sendo a pessoa transformada em mero objeto de interesse profissional e despida de qualquer valor humano. Exemplificando tal perspectiva, o autor relata que um de seus alunos, ao se referir a pacientes humildes, atendidos em pronto-socorro municipal do Rio de Janeiro, os identificava pelo acrônimo “Pimba”, composto pelas iniciais das palavras: preto, indigente, mendigo, bandido e alcoólatra. Disse-lhe, ainda, o estudante que alguns de seus colegas de turma preferiam utilizar o termo alternativo em inglês SPOS, que corresponde às iniciais do intraduzível *subhuman piece of shit*, muito utilizado pelos candidatos a médicos estadunidenses<sup>14</sup>.

Afora estes inqualificáveis preconceitos, o modelo vigente de ensino médico tem sua atenção voltada para conhecimentos especializados, com estreita dependência de tecnologias sofisticadas. Subestima o domínio de habilidades fundamentais e promove nos estudantes verdadeiro fascínio pelos equipamentos de semiologia armada, o que torna o artefato e as informações dele advindas mais importantes que as fornecidas pelo próprio ser humano enfermo e as

verdadeiras circunstâncias que motivaram seu adoecimento.

Nessa realidade distorcida, o paciente é, tão somente, ator coadjuvante e merecedor de papéis secundários que o reconhecem como cidadão de segunda categoria, limitado no exercício de sua autonomia, já que o profissional intervém sobre seu corpo como se ele, paciente, fosse pessoa incapaz de tomar decisões próprias. Considera-se desnecessário ouvi-lo, já que os equipamentos falam por ele.

### Formação do caráter moral dos estudantes de medicina

Hellegers, primeiro diretor do Instituto Kennedy de Bioética, afirmou no início da década de 1970 que os problemas que se apresentariam aos médicos nos anos subsequentes seriam cada vez mais de natureza ética e menos de ordem técnica. O extraordinário crescimento da medicina tecnológica foi desacompanhado de necessária reflexão ética, o que levou Potter a sugerir critérios sobre quando não utilizar toda parafernália tecnológica disponível em tomadas de decisões clínicas nos cuidados a pacientes criticamente enfermos<sup>15</sup>.

Estudo pioneiro de Meira sobre o ensino de ética, realizado em 79 escolas de medicina do Brasil, mostrou como a disciplina teve sua carga horária subestimada na estrutura curricular. De um total de 8.640 horas oferecidas no período de graduação, apenas 50 delas, ou seja, 0,6% da carga horária integral do curso médico, fora destinada ao ensino de ética. Com total de horas variando entre 10 e 50, concentradas, sobretudo, no 3º, 4º ou 5º anos, reduzido número de docentes formado essencialmente por professores da área de Medicina Legal, pode-se avaliar as grandes limitações da disciplina para cumprir

minimamente suas finalidades de colaborar na formação do caráter do estudante de medicina<sup>16</sup>.

Interessante registrar que relatório de 1985 da Comissão de Ensino Médico do Conselho Federal de Medicina (CFM) já assinalava:

(...) quanto ao período ideal para administração do curso, a maioria dos docentes é favorável que o ensino de ética tenha início já no ciclo pré-clínico e se prolongue ao longo de toda a graduação e se estenda, inclusive, aos cursos de pós-graduação<sup>17</sup>.

Estudo realizado na Universidade Estadual de Londrina (UEL) comparando o ensino de ética oferecido pela disciplina de Medicina Legal e Deontologia e a nova disciplina, Bioética, introduzida a partir de 1996, mostrou que o índice de aprovação da última foi expressivamente superior ao da primeira, e a maioria dos alunos, quando indagados sobre período mais adequado para introdução de temas de bioética no curso médico, respondeu que deveriam ser apresentados ao longo de todos os anos da graduação<sup>18</sup>. Tanto o relatório do CFM quanto o estudo da UEL mostraram perfeita sintonia de opiniões entre corpo docente e discente a respeito da necessária inclusão de questões atinentes ao ensino de ética e bioética no currículo regular dos cursos de medicina.

Importantes autores que se ativeram ao estudo da formação ética profissional consideram que o caráter moral básico do estudante de medicina já estaria estruturado antes mesmo de entrar na universidade. Entendem, portanto, que o ensino de ética não deve ser desenhado para melhorar o caráter moral dos futuros profissionais, mas sim para dotar aqueles que já o possuem de habilidades e atitudes que lhes permitam o melhor desempenho ético possível<sup>19</sup>.

Dos modelos formulados para análise do comportamento moral dos seres humanos, destaca-se, para os objetivos deste texto, a Teoria de Desenvolvimento das Atitudes Morais, proposta por Lawrence Kohlberg. Esse discípulo de Piaget elaborou teoria sobre o desenvolvimento das atitudes morais do ser humano, propondo três níveis progressivos de explicitação do juízo moral comum a todas as pessoas, que seriam, pela ordem crescente, pré-convencional, convencional e pós-convencional. Esses três níveis conteriam um total de seis estágios distintos.

As manifestações mais elementares de moralidade, estágios 1 e 2, restringir-se-iam a obedecer a ordens emanadas de autoridades superiores, com o sentido de evitar a punição e buscar a realização de interesses pessoais. Os estágios suceder-se-iam de maneira progressiva, acompanhando a capacidade de entendimento, reflexão e resposta aos imperativos morais impostos ao longo da vida pessoal. Os estágios superiores, 5 e 6 da classificação, caracterizariam o nível pós-convencional, observado no comportamento de indivíduos que, ao reconhecerem direitos e normas escolhidos autonomamente por cada pessoa, adotariam juízos éticos universais de justiça. Importante considerar, entretanto, que nem mesmo o próprio Kohlberg conseguiu identificar indivíduos no estágio 6 da escala, o que explicaria sua tentativa tardia de retirá-lo de sua classificação original.

Segundo o autor, as pessoas evoluiriam progressivamente nesses estágios à medida que amadurecessem, e uma vez atingido um determinado nível, não seria possível qualquer regressão a estágios anteriores, pois entendia impossível o ser humano perder capacidade cognitiva já adquirida. Comparava o avanço pelos estágios

ao ato de subir uma escada, degrau a degrau, não sendo concebível, em seu entendimento, saltar qualquer estágio ou retornar a etapas anteriores<sup>20</sup>.

Assim, se o caráter moral básico do estudante de medicina pode ser considerado parcialmente estruturado mesmo antes de ingressar na faculdade, é imperioso reconhecer, por outro lado, que significativa parcela de sua formação moral será adquirida e enriquecida durante a graduação, em um processo contínuo que poderá ser facilitado pela inclusão da disciplina de Bioética. Entretanto, o ensino de ética, como já apontado por Hossne<sup>1</sup>, deve abandonar o modelo de aulas magistrais, em que temas são expostos por docentes como se verdades acabadas fossem. Não invariavelmente, essas aulas tradicionais apontam para realidades distantes dos dilemas que os alunos vivenciam no cotidiano e frequentemente guardam pouca ou nenhuma relação com os conflitos morais que lhes serão apresentados na futura prática profissional. Nesse modelo passivo de ensino, os estudantes não são estimulados a refletir sobre diferentes valores morais e a respeitar convicções e crenças pessoais de seus pacientes.

É preciso considerar, outrossim, que dificilmente essas questões podem ser aprisionadas em programas disciplinares fixos, já que normas morais são construídas ao longo do tempo, sendo transmitidas, modificadas e enriquecidas a cada avanço da ciência e de novos comportamentos adotados pelos membros da sociedade. Essa condição também contribui para demonstrar a incompatibilidade de ensinar-se ética por metodologia convencional que utiliza a abordagem de transmissão passiva do conhecimento e em carga horária tão reduzida como a ofertada presentemente no currículo da maioria dos

curso de medicina. As discussões em ética e bioética devem ocupar todos os momentos possíveis da formação de profissionais da área médica.

Em síntese, o ensino de ética/bioética nos cursos de medicina está atrasado em relação às reais necessidades do momento de evolução da sociedade, pois reluta em abandonar as raízes deontológicas, enquanto a atualidade pede soluções construídas a partir de proposições intersubjetivas, moldadas em relação professor-aluno mais simétrica e cooperativa.

### Novas propostas pedagógicas para o ensino da ética nos cursos de medicina

O modelo atual de ensino utilizado na formação de profissionais médicos foi concebido por Abraham Flexner no início do século XX, quando propôs a aplicação de regras cartesianas para estruturar os cursos de medicina, o que significou privilegiar a construção do conhecimento na dependência de iniciativas pedagógicas restritas ao âmbito de hospitais terciários e concebidas por pequenas áreas do saber, representadas pelas sub-especialidades médicas.

Dividiu-se a unidade complexa do ser humano em partes cada vez menores do domínio científico e entregou-se às inúmeras disciplinas autônomas a tarefa de construir a grade curricular dos cursos de medicina. Como resultado, o período de instrução acadêmica transformou-se em momento privilegiado de acumular e “empilhar” informações sem a menor preocupação de selecioná-las e organizá-las. No entendimento de Morin, a universidade vem formando profissionais com “cabeça bem cheia” de conhecimentos técnicos, quando contra-

riamente, deveria prepará-los para ter “cabeça bem feita”, pois mais importante que o acúmulo indiscriminado de informações deverá ser a capacidade de organizá-las e, sobretudo, ligar esses saberes para que adquiram sentido<sup>6</sup>.

O predomínio do conhecimento fragmentado, gerado pelo clássico modelo das disciplinas, inviabiliza a percepção da integralidade do ser humano que sempre será, a um só tempo, biológico, psicológico, cultural, social e espiritual. Essa unidade complexa é desintegrada na formação acadêmica que considera a disciplina como única unidade de medida. Ao restringir-se ao domínio de cada disciplina, o conhecimento se fragmenta, dividindo o indivisível e impedindo uma visão da totalidade, essencial a todos os profissionais que se dedicam a cuidar de seres humanos enfermos<sup>21</sup>.

Quando se discute mudanças curriculares para os cursos de graduação da área médica, quase que invariavelmente, os debatedores ocupam-se em propor unicamente mudanças programáticas: ampliação ou redução de carga horária de disciplinas já existentes ou a criação de novas, preservando o arcabouço disciplinar original. Esquecem que o imprescindível são transformações paradigmáticas e não simplesmente remendos ou inserções de temas no programa tradicional. Como já foi dito, educar uma pessoa não é simplesmente instruí-la, mas facilitar a formação de seu caráter. Como reformar esse aparelho formador obsoleto que molda especialistas com visões descompromissadas com valores humanísticos fundamentais, senão reestruturando o ensino da ética?<sup>22</sup>

Vivemos, atualmente, novo modelo de sociedade, que privilegia o consumo irrefletido e obsessivo. Na era da informatização, a invisibilidade pessoal é equivalente à morte. Nessa realidade, a solida-

riedade do grupo é substituída pelo que Zygmunt Bauman denomina de “enxame”. Os enxames humanos se reúnem, se dispersam e se juntam atraídos por alvos mutantes e móveis. Para eles, não há um “lá em cima”, mas sim uma direção de vôo; não formam equipes, constituem apenas agregados movidos por uma “solidariedade mecânica”<sup>23</sup>.

Lamentavelmente, percebemos que verdadeiros enxames humanos estão ocupando os bancos escolares em nossas faculdades. Nada mais resta da ética da virtude concebida por Hipócrates para orientar seus discípulos na arte do exercício da medicina. Torna-se imperioso que os responsáveis pela formação ética dos médicos resgatem as lições do mestre de Cós. Mac Intyre argumentou que a cultura moderna tornou ausente a concepção de pessoa humana, nos moldes concebidos por filósofos gregos e cristãos. Segundo o autor, o racionalismo científico, o Iluminismo e a Modernidade sepultaram a possibilidade de uma ética universal<sup>24</sup>.

A atomização do conhecimento não enriquece, pelo contrário, empobrece o fazer acadêmico. Como bem observou Marcuse, o homem não é unidimensional, por mais que os ideólogos da pós-modernidade assim o queiram. Para ser bom médico, enfermeiro, psicólogo ou físico nuclear, em uma sociedade plural e carente do exercício de cidadania, não basta dominar técnicas especializadas do fazer científico, mas ser igualmente competente em áreas do saber humanístico<sup>25</sup>.

A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1993, acolheu a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), denominada *Changing medical education and practice: an agenda for action*. Essa proposta aponta para novas ações educativas que substituam as prá-

ticas tradicionais, centradas no modelo disciplinar, incorporando para tanto estratégias diferenciadas para gerar conhecimento mais adequado sobre o processo saúde-doença, sempre privilegiando o enfoque transdisciplinar<sup>26</sup>.

Nesse sentido, um novo modelo pedagógico, já adotado em várias universidades brasileiras em diferentes cursos de medicina, conhecido como aprendizagem baseada em problemas (ABP), promove a integração curricular entre os ciclos básico e clínico, sendo organizado em módulos de ensino que substituem as tradicionais disciplinas. Essa nova proposta educacional busca substituir a tradicional forma de transmissão vertical e passiva do conhecimento, pela adoção do modelo socrático de aprendizagem, orientado de maneira mais simétrica e estruturada na construção crítico-reflexiva do saber acadêmico<sup>27</sup>.

O incontido crescimento de novas áreas do saber, aliado ao crescimento exponencial de publicações científicas, torna impossível acomodar todas essas novas informações nos cursos de graduação. Apenas em língua inglesa são publicados anualmente, desde os anos de 1950, mais de um milhão de comunicações científicas. A grande maioria do conteúdo dessas publicações só pode ser compreendida por um pequeno grupo de especialistas, portanto, poucos estão em condições de analisar a enorme massa de conhecimentos acumulada pela ciência<sup>28</sup>.

É óbvio que isso nada tem de inusitado, pois assim evolui a ciência, na construção permanente do saber por meio de mergulhos cada vez mais profundos no oceano do conhecimento. O que parece pouco razoável, entretanto, é transformar esse material que busca descrever níveis da realidade de difícil percepção e, portanto, recolhido de águas

profundas do saber, em temas convencionais de aulas para estudantes de cursos de graduação. Ilustram essa afirmação recentes estudos da Física que apresentam novas áreas de pesquisa, como a eletrodinâmica estocástica, na qual são propostas interpretações conceituais alternativas para fenômenos tradicionalmente tratados sob a ótica da teoria quântica. O que dizer, por exemplo, sobre a Teoria de Cordas, área de pesquisa da Física Teórica, que trata de fenômenos que ocorreriam na dimensão de energias da ordem de um quatrilhão a dez quinquilhões de unidades de energia, sabendo-se que os dispositivos para ensaio experimental atualmente disponíveis não permitem verificação além de mil unidades da mesma energia?<sup>29</sup>

Preocupada com o extraordinário avanço do saber científico e a proliferação das disciplinas acadêmicas, a UNESCO criou a Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI que, com a Comissão Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares, elaborou o Projeto Ciret-UNESCO. Esse projeto é orientado considerando que:

A pesquisa disciplinar diz respeito, no máximo, a um único nível de realidade (...) A fragmentos de um só nível de realidade (...) A transdisciplinaridade interessa-se pela dinâmica gerada pela ação de diversos níveis de realidade ao mesmo tempo e alimenta-se da pesquisa disciplinar (...) Nesse sentido, as pesquisas disciplinares e transdisciplinares não são antagônicas, mas complementares<sup>30</sup>.

O relatório final elaborado pela Comissão propôs um novo tipo de educação universitária estruturada sobre os seguintes eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto, aprender a ser.

Esses quatro eixos propostos pelo Projeto da UNESCO estão con-

tidos na essência do novo projeto pedagógico da aprendizagem baseada em problemas (ABP). Considera-se que ensino-aprendizagem é um ativo e contínuo processo multidirecional que se estabelece entre professor e aluno. Sob tal enfoque, não há aprendizado finito, estanque, unidisciplinar, mas o que pode haver é um processo de aprendizagem que se estende ao longo da vida e envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltada à realidade, sendo, então, necessariamente interdisciplinar<sup>31</sup>.

Deve-se considerar, entretanto, que ainda estamos longe de nos libertar do jugo do chicote disciplinar descrito por Morin. Certa vez, Max Planck, indagado sobre as possibilidades de mudanças de paradigmas em ciência, fez uma sombria apreciação, dizendo que uma nova verdade científica não triunfaria por meio de convencimento dos membros defensores do pensamento tradicional, mas, somente, quando uma nova geração de cientistas acolhessem e divulgassem como verdadeiro o paradigma emergente.

Em busca da construção de novo modelo educacional, a Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) propôs diretrizes sobre parâmetros imprescindíveis na formação dos estudantes de medicina no Brasil, quais sejam: adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade; ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes; aprender métodos científicos e postura ética que lhes permita tomar decisões adequadas que, expressas no trabalho clínico, sejam eficientes e respeitadas ao ser humano e a seu ambiente; ter for-

mação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos<sup>32</sup>.

Onde encontrar na academia ambiente que facilite alcançar essa meta, se a universidade sequer percebe a extraordinária mudança que vem ocorrendo nos últimos anos, com a aproximação entre ciência e filosofia que, após tanto tempo distantes, ora convergem seus olhares para considerar a construção de uma nova sociedade verdadeiramente solidária?<sup>33</sup> Como sensibilizar os administradores universitários a buscar este novo paradigma, se os compromissos institucionais estão quase que unicamente voltados para formar médicos em quantidade, não considerando sua qualidade? Como comover o frio aparelho estatal, que prefere técnicos que contabilizem números elevados de atendimentos ambulatoriais para fins estatísticos, a fazê-lo compreender a necessidade de formar profissionais preparados para atender o ser humano integral? Como convencer todas essas instâncias burocráticas do poder que é imperioso formar médicos que saibam melhor acolher a pessoa enferma e não meros gerentes de biotecnologias complexas?

Todas estas inquietações nos obrigam a encarar como urgentes inúmeras ações transformadoras. Por onde começar? Sem dúvida, pela universidade que padece da crônica enfermidade do imobilismo e da falta de criatividade. Temos que nos empenhar em restaurar vida a esse organismo que foi concebido para ser vanguarda na construção do saber e inadvertidamente mergulhou em sono profundo, embalado por projetos que cheiram a mofo e que bem incorpora o famoso ditado popular, “por fora bela viola, por dentro pão bolorento”.

## Modelos de educação em bioética

### Modelo normativo ou deontológico

Para a maioria dos cursos de medicina, ainda prevalece o modelo de ensino de ética/bioética conduzido pela disciplina de deontologia, em que a matéria é apresentada como um elenco de normas estatuídas para dar respaldo moral às tomadas de decisões profissionais. Com um arcabouço bem definido de normas, não passíveis de questionamentos, os docentes apresentam aos alunos regras de conduta a serem obedecidas.

Assim, ao se perguntar a um estudante de medicina em que circunstâncias uma gravidez poderá ser interrompida, obter-se-á de imediato a resposta o que está consagrada no Código Penal, ou seja, duas são as circunstâncias possíveis: em caso de estupro ou risco de morte para a mãe. O mesmo aluno aprenderá em outra disciplina que o estudo ultrassonográfico abdominal efetuado em fases iniciais da gestação pode diagnosticar malformações fetais incompatíveis com a vida extra-uterina do concepto, como é o caso da anencefalia. Ao questionar o professor de ginecologia sobre a indicação de interrupção da gravidez nesses casos, receberá do docente a resposta que a prática é permitida em muitos países, porém não no Brasil. Mas que sentido tem manter gestação de feto desprovido de cérebro e que a ciência considera inviável para a vida extra-uterina? Responde o professor: trata-se de uma questão proibida pelos códigos e, portanto, não passíveis de discussão.

Esse modelo de atitude, cativa de código de normas, caracteriza uma situação de imobilismo moral que transforma médicos e pacientes em vítimas passivas de

instrumentos legais que os obrigam a permanecer estacionados na incômoda posição de menoridade cidadã. Nessas circunstâncias, não é raro que alunos considerem exercício inútil o debate de temas éticos, argumentando que não há porque discutir questões relacionadas a dilemas morais decorrentes de enfermidades graves, pois contam com soluções já previamente definidas pelas normas codificadas em vigor.

A história, entretanto, mostra que os códigos de normas têm vigência restrita no tempo e dependem essencialmente de mudanças conceituais e comportamentais da comunidade humana. Até o século XIX, a escravidão de negros era prática social moralmente aceita no Brasil. As normas legais, então vigentes, consideravam os escravos como qualquer mercadoria, passível de transações comerciais, o que autorizava seus proprietários a negociar a compra e venda de seus corpos como bem lhes aprouvessem.

Quando consideramos as tomadas de decisões na área médica, torna-se pouco razoável, na atualidade, pedir que profissionais acatem passivamente normas que não encontram amparo científico e/ou moral. O mesmo Código Penal, que proíbe a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal, autoriza o abortamento de fetos normais em circunstâncias de gravidez resultado de estupro. O modelo deontológico de educação mostra-se, portanto, instrumento pouco adequado para capacitar estudantes para a difícil tarefa de tomar decisões frente a dilemas morais. Considerando a escala proposta por Kohlberg, tal atitude seria o equivalente a obrigar o médico a estacionar seu juízo moral no estágio convencional.

Se é imperioso considerar que os códigos deontológicos são ins-

trumentos fundamentais para estabelecer controle sobre as boas práticas profissionais, assim como para orientar a harmônica convivência social, igualmente importante será estimular a sociedade a debatê-los e atualizá-los sempre que necessário, para adequá-los à moralidade de cada época. O Código de Moral Médica, de 1929, estabelecia em seu artigo 75 que era “terminantemente proibido ao médico aconselhar sistemas ou procedimentos destinados a impedir a fecundação da mulher”. O Código de Ética Médica de 1988 estabelece em seu artigo 67 que: “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo ou conceptivo, devendo sempre esclarecer sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método”.

Embora a maioria dos cursos de medicina do País ainda ofereça disciplina que privilegie o modelo deontológico de ensino, é mister reconhecer suas profundas limitações. Em primeiro lugar porque tais disciplinas não guardam perfeita sintonia com as transformações dos costumes sociais e com o avançado grau de pluralismo moral vigente na sociedade. Segundo, pelo fato dessas disciplinas não capacitarem os profissionais médicos para tomadas de decisões frente a graves dilemas morais que enfrentarão em seu cotidiano de trabalho. Assim, tais disciplinas devem ser consideradas como módulos de ensino de deontologia e não de bioética.

### Modelo pragmático ou liberal

Esse modelo tem forte inspiração na ética principialista, como vieram a ser conhecidos os quatro princípios éticos apresentados na obra *Principles of biomedical ethics*, de Beauchamp e Childress que foi rapidamente adotada como instrumento prático para orientar os mé-

dicos a conduzir os dilemas morais que enfrentavam cotidianamente na clínica<sup>34</sup>.

O exercício de aplicação dos quatro princípios – *autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça* – foi prontamente assimilado e transformou-se em porto seguro para o encaminhamento de soluções pragmáticas em bioética clínica. Embora rotulados pelos autores como princípios *prima-facie*, a aplicação rotineira em uma cultura liberal como a estadunidense fez prevalecer entre os quatro, a autonomia e a beneficência do paciente. As tomadas de decisões que, no modelo deontológico, são orientadas por regras contidas em normas legais, na visão pragmática têm o protagonismo transferido para as preferências dos pacientes, como seres autônomos que sempre buscam o maior benefício, segundo suas próprias percepções morais. Se as normas estatuídas do modelo deontológico privilegiam uma visão pública dos problemas morais das pessoas, o pragmatismo faz prevalecer o interesse privado.

Esse novo modelo tem sua atenção voltada para soluções de microproblemas com ênfase na visão isolada do indivíduo. Indiscutivelmente, há que se reconhecer o grande avanço representado pela substituição do modelo baseado em normas impessoais para o que promova a adoção de decisões que contemplam a vontade expressa da pessoa. Ao trocar o modelo deontológico pelo pragmático, valoriza-se o poder decisório do ser humano, reconhecendo-o como capaz de tomar decisões morais.

Esse modelo exerceu grande fascínio sobre os profissionais médicos, por permitir identificar e tratar as questões morais em sua verdadeira origem, ou seja, na vida dos principais interessados, os pacientes, que padeciam de sofrimentos intransferíveis. Devido a

ele, a orientação de casos discutidos em bioética clínica passava, afinal, a dispor de instrumento de fácil manuseio e bastante eficiente, porque ao subestimar considerações teóricas, chegava-se a propostas concretas sobre o que fazer, ou seja, tornava-se possível tomar uma decisão que atendia aos interesses da pessoa enferma, o que afinal era a meta buscada.

Considerar a solução de todos os dilemas sob o prisma dos quatro princípios passou a ser exercício rotineiro em tomadas de decisões clínicas. Assim, por exemplo, diante de um caso de diagnóstico precoce de feto portador de malformação grave e complexa, bastaria perguntar ao casal se desejava interromper a gestação e o caso estaria resolvido, pois atendia a decisão autônoma dos pais, ao tempo em que se alcançava o benefício de poupá-los de padecimentos emocionais.

Na opinião de Drane, em relação aos benefícios prestados pela ética principialista,

(...) um dos aspectos mais gratificantes da experiência norte-americana de ética médica é a de ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas médicos de grande complexidade, numa cultura pluralista, quando o processo [de tomada de decisões] começa com elementos reais e trata de encontrar uma solução prática e provável, mais do que uma resposta certa e teoricamente correta<sup>35</sup>.

Diante de qualquer dilema moral, os seminários sobre decisões clínicas passaram a ser orientados para a busca de identificação dos problemas reais existentes e, por meio do roteiro principialista, buscava-se a solução prática que o caso pedia. Ao final, era necessário ter clareza se a proposta de tomada de decisão atendia a vontade autônoma da pessoa enferma, se era benéfica e não lhe trazia malefício

significativo. Caso as respostas fossem afirmativas, entendia-se que o procedimento tinha amparo moral. Esse exercício, aparentemente tão singelo e eficiente, foi rapidamente adotado por grande número de professores de medicina em atividades de ensino de ética e bioética que envolviam tomada de decisões diante de dilemas morais.

Entretanto, alguns docentes que buscavam por fundamentos filosóficos mais sólidos, sempre interpunham questões que pareciam, a princípio, apenas teóricas, mas na análise mais detida dos fatos mostravam-se pertinentes, senão imprescindíveis para orientar a tomada de decisão. Para exemplificar, façamos breve análise de um caso real ocorrido nos Estados Unidos da América (EUA). Casal Buzzanca, estéril, procura clínica de fertilização humana assistida para realizar o sonho de ter um filho. A mulher, Luanne, portadora de endometriose uterina, não poderia acolher embrião em seu órgão doente. John, o marido, apresentava oligospermia e inadequada motilidade dos espermatozoides. Essas dificuldades iniciais foram vencidas mediante compra de sêmen masculino e óvulo, ambos os materiais de doadores anônimos, procedimento isento de ilicitude pela legislação estadunidense.

Impossibilitada de receber em seu próprio útero o embrião produto da fertilização *in vitro*, Luanne concordou em contratar mulher sadia para ser gestante de substituição, mediante contrato que estipulava o valor de dez mil dólares pelo serviço a ser prestado, procedimento igualmente legal naquele país. No oitavo mês de gestação, o casal Buzzanca se divorcia e o acordo original passa a ser contestado por John, o marido, com o argumento de não reconhecer aquela criança como filho legítimo. O produto da gestação já havia recebido o nome

de Jaycee, escolhido após a identificação do sexo fetal pela realização de ultrassom abdominal em fase precoce da gestação. A divergência entre John e Luanne transformou-se em processo judicial e o caso foi encaminhado para a corte de justiça do Estado da Califórnia, que após o nascimento da menina, a tipificou como “uma criança sem pais definidos”. Jaycee permaneceu sob a tutela do Estado por aproximadamente quatro anos, até que a decisão final da Suprema Corte do Estado deu ganho de causa à Luanne<sup>36</sup>. Percebe-se no caso que todas as atenções permaneceram, o tempo todo, voltadas aos interesses do casal Buzzanca, desconsiderando os de Jaycee, produto passivo da gestação encomendada pelos pais sentimentais.

Ao tratar da questão da fertilização humana assistida, a Comissão Nacional de Bioética da Itália emitiu em 17 de junho de 1994 o seguinte parecer:

(...) o bem do nascituro deve ser considerado o critério central de referência para a avaliação das diversas opiniões relativas à procriação (...) Além disso, é princípio fundamental que o nascimento de um ser humano seja fruto de uma responsabilidade explicitamente assumida com relevância jurídica por quem apela à reprodução assistida<sup>37</sup>.

O caso Jaycee mostra que determinados casos discutidos em bioética clínica não encontram solução satisfatória no simples exercício de aplicação dos quatro princípios. Torna-se essencial recorrer a uma mais profunda reflexão sobre valores, o que equivale dizer que a indicação de procedimentos médicos desamparada de base argumentativa sólida é insuficiente, sendo até mesmo, em determinadas circunstâncias, imprudentes. Como decorrência,

expressivo número de professores de medicina passou a considerar insatisfatório o encontro de soluções para dilemas morais apenas utilizando os instrumentos limitados da ética dos princípios, por entender que fundamentos e procedimentos são faces de uma mesma moeda.

Nos anos de 1980, a ética dos princípios adquiriu tão ampla aceitação no mundo ocidental que, no ambiente acadêmico, foi reconhecida como expressão da própria bioética, o que deu origem à incorreta denominação de “princípios da bioética” aos quatro enunciados propostos por Beauchamp e Childress. Hoje, essa perspectiva não corresponde ao estado da arte no campo da educação em bioética e, na clínica, já se considera que antes de qualquer tomada de decisão é indispensável a realização de ampla reflexão sobre os diferentes valores morais expressados por todos os envolvidos no caso em estudo. Mais do que reflexão sobre valores, é imprescindível que as condutas a serem adotadas o sejam após longa deliberação entre médico e paciente, para que se assegure que sejam as mais razoáveis e prudentes possível.

### Modelo deliberativo

De inspiração socrático-habermasiana, o modelo deliberativo não nega a importância de instrumentos normativos, nem mesmo o propósito de encontro de soluções práticas para as necessárias tomadas de decisões. Entretanto, se afasta do critério assimétrico de imposição de normas do modelo deontológico e das decisões carentes de fundamentação da proposta pragmática da ética principialista, caracterizando-se por privilegiar o estabelecimento de relação dialógica entre médico e paciente, respeitando os argumentos de todos os envolvidos na busca de soluções racionais, razoáveis e prudentes para os, cada vez mais

complexos, dilemas morais da prática clínica.

Para além das proposições individuais que ambicionam impor verdades subjetivas, o novo modelo apenas reconhece autenticidade em tomadas de decisões que sejam legitimadas por processo de deliberação conjunta, respeitando todas as partes envolvidas no caso. Desse modo, a construção da proposta mais prudencial não se centrará na vontade do sujeito isolado como ocorre no modelo pragmático, nem se submeterá a normas morais codificadas do modelo deontológico.

Parece inconsequente orientar a formação ética de estudantes de medicina considerando apenas normas dos códigos penal, redigido em 1940, ou os diplomas deontológicos elaborados há menos tempo, porém já desatualizados em muitos aspectos. Para ilustrar a transitoriedade do valor da norma, faremos breve referência ao tratamento deontológico oferecido ao tema da terminalidade da vida. O atual Código de Ética Médica, em seu artigo 66, estabelece que “é vedado ao médico utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal”. O Conselho Federal de Medicina aprovou, em novembro de 2006, a Resolução CFM n. 1805/06, estabelecendo que

“é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Esse exemplo parece evidenciar de maneira eloquente a precariedade das normas deontológicas, pois o próprio CFM entendeu necessário introduzir mudança em artigo do código ainda vigente<sup>38</sup>.

Da mesma maneira, considerando-se o caso da menina Jaycee,

sob a ótica pragmática, poder-se-ia dar aula rica em detalhes sobre a aplicação do princípio da autonomia, ao enfatizar a livre expressão da vontade do casal Buzzanca em decidir sobre a escolha que lhes parecia mais conveniente para a realização do projeto sentimental de ter um filho, entre as alternativas cientificamente possíveis. Entretanto, se o caso fosse submetido à lógica de um processo deliberativo considerando todos os envolvidos no procedimento médico de fertilização *in vitro*, que não exclusivamente o casal interessado, é plausível imaginar que poderiam ser apresentados outros argumentos relativos aos direitos do nascituro, paternidade responsável e uso adequado da técnica de fertilização assistida, o que possibilitaria considerar outras opções de conduta, mais razoáveis e prudentes, do que a efetivamente adotada.

O método deliberativo pretende mostrar aos estudantes de medicina que o caminho mais adequado para refletir sobre condutas clínicas em casos de dilemas morais será sempre o de levar em conta valores pessoais ou culturais e crenças de todos os envolvidos no caso. O que fazer quando existem conflitos de valores? Como fornecer aos estudantes subsídios prudentes para orientarem-se diante de casos concretos que efetivamente terão em suas vidas profissionais? Os dilemas morais não se resolvem simplesmente com a adoção de normas e tampouco é satisfatório imaginar que guardar distância deles, protegendo-se em posição de neutralidade moral, pode trazer conforto ao profissional. A única solução razoável é fazer com que eles percebam que é necessário esmerar-se em ouvir atentamente todos os envolvidos no caso e, com muita prudência, participar do processo deliberativo que levará à tomada de decisão clínica.

Como a formação médica atual é herdeira do reducionismo cartesiano, torna-se mais difícil acolher o método dialógico, pois os estudantes são instruídos, desde as primeiras lições do curso médico, a reconhecer uma rígida hierarquização na ordem dos valores que regem as relações humanas, não lhes sendo oferecido, no período acadêmico, oportunidade para conhecer o método da deliberação. Faz-se necessário, portanto, acolher o ensinamento de Gracia:

No hay más que una situación en la cual los principios pueden afirmarse como absolutos y sin excepciones, y es aquella en que la propia formulación del principio incluya ya la calificación moral negativa. Así, por ejemplo, puede decirse de modo absoluto que la violación es siempre mala. Pero eso es porque en el concepto de violación va ya incluido el de poseer a una persona en contra de su voluntad. Se trata de un juicio analítico y, por ello, tautológico. Estos juicios sí son siempre y por necesidad verdaderos. Lo que dicen puede afirmarse de modo absoluto. Lo cual no significa que no pueden tener excepciones. Por más que la violación sea siempre mala, no está dicho que, en algún caso, al entrar en conflicto con otros principios o deberes, no pueda llegar a ser un mal menor. La realidad es más terrible de todo lo que pueda imaginarse... Mi tesis es que los cursos de bioética tienen que ser verdaderas escuelas de deliberación. Lo más importante del curso de ética no es tanto resolver problemas sino enseñar a deliberar<sup>39</sup>.

### Considerações finais

Opondo-se ao ensino efetivado pela disciplina de deontologia,

como também à proposta do modelo pragmático, o modelo deliberativo propõe a educação em bioética utilizando o processo da maiêutica socrática, para a qual o ensino-aprendizagem efetua-se por intermédio de um exercício intelectual ativo e contínuo, realizado por professor e aluno. Essa proposta inspira-se nos ensinamentos de Sócrates que dessa maneira concebe a relação professor-aluno:

Mi arte mayéutica tiene seguramente el mismo alcance que el de las comadronas, aunque con una diferencia y es que se practica con los hombres y no con las mujeres, tendiendo además a provocar el parto en las almas y no en los cuerpos... Resulta evidente, sin embargo, que nada han aprendido de mí y que, por el contrario, encuentran y alumbran en sí mismos de numerosos y hermosos pensamientos<sup>40</sup>.

Gracia assim se expressa sobre o método socrático e o ensino de bioética:

Si algo me ha enseñado una experiencia de más de veinte años, ese algo no es la adquisición de nuevos conocimientos, ni de habilidades nuevas, sino de algo más profundo, de una transformación de nuestro propio ser (...) Lo cual demuestra que enseñar ética, y más en concreto bioética, es muy difícil. No puede hacerse más que de una forma, huyendo de la mediocridad de la enseñanza académica e imitando al primer gran maestro de ética de la historia de Occidente, a Sócrates<sup>41</sup>.

Esse instrumento pedagógico que parece ser mais adequado para o ensino de ética/bioética recorre a processos interativos e participativos, considerando todas as variáveis do problema apresentado e

utiliza o debate como método de aprendizagem.

Percebe-se, portanto, que o modelo deliberativo é incompatível com disciplina que detenha a exígua carga horária de 50 horas, preenchidas com aulas expositivas oferecidas a oitenta alunos que ouvem em silêncio um professor apresentar seus pontos de vista sobre um tema de ética. Não nos parece exagerado caracterizar como tempo perdido o ensino de ética/bioética desacompanhado de reflexão e debate. Aulas expositivas sobre normas deontológicas não passíveis de discussão ou conduzir sessões clínicas considerando que a função do profissional médico frente a dilemas morais dos pacientes deverá ser necessariamente neutra, não parecem orientações desejáveis em um ambiente de formação acadêmica. Como imaginar possível que um profissional da área de fertilização humana artificial possa considerar seu mistér apenas técnico?

Caso exemplar, ocorrido há poucos anos, foi relatado pela imprensa leiga a partir de depoimento de um conceituado médico da área de fertilização humana assistida. Após processo bem-sucedido de produção de embriões pela técnica de fertilização *in vitro*, o profissional convocou o casal que lhe encomendara os embriões para dar-lhes a boa notícia de que em breve poderiam proceder à implantação uterina, já que os três embriões resultantes preenchiem as qualidades ideais para tanto. O cônjuge masculino, interessado, após tomar conhecimento do sexo feminino dos embriões, não somente afastou a possibilidade de implantá-los no útero de sua esposa, como solicitou que o profissional os descartasse. Na mesma matéria, médico proprietário de uma das maiores clínicas de fertilização assistida do país, defendeu a aplicação da técnica

denominada sexagem (seleção do sexo embrionário no terceiro dia depois de realizada a fertilização *in vitro* com a finalidade de descarte de embriões indesejáveis) com argumentação bastante pragmática: "A gente não pode negar a ciência para casais que tenham a necessidade de realizar um sonho"<sup>42</sup>.

As questões éticas que necessitam minimamente ser consideradas a respeito da sexagem não decorrentes de condições relacionadas à saúde fetal, mas para atender desejo paterno de complementação familiar, são: a) Estará correto o profissional realizar procedimentos médicos para atender desejos idiossincráticos de um casal, simplesmente pelo fato dos interessados deterem condições financeiras para concretizá-los? b) Pode-se considerar a aplicação do conhecimento científico como moralmente neutra? c) É adequada a postura de neutralidade moral do médico frente à tomada de decisões que dependem de intervenções profissionais de sua inteira e exclusiva competência?

Esses questionamentos levam à conclusão de que muito há que mudar no modelo atual de ensino para que se ofereça adequada formação em ética/bioética para estudantes de medicina. É certo que não são simples alterações programáticas, mas, sim, mudanças paradigmáticas que envolvem a incorporação por professores e alunos de novas atitudes frente ao conhecimento e à transmissão de valores. Tarefa de grande complexidade, igualmente, é formar pessoal docente preparado para essa missão, já que pequena ou nula é nossa tradição acadêmica em iniciativas transdisciplinares. Como capacitar professores de medicina em conhecimentos relativos à área de humanidades médicas, se não lhes são oferecidas oportunidades para tanto?

---

**REFERÊNCIAS**

1. Hossne WS. Educação médica e ética. In: Marcondes E, Gonçalves EL, organizadores. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 130-9.
2. Potter VR. Bioethics, bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
3. Potter VR. Bioethics, science of survival. *Persp Biol Med.* 1970;14:127-53.
4. Brecht B. Teatro completo. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991. v. 6.
5. Entralgo PL. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
6. Morin E. A cabeça bem feita. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
7. Pascal B. Pensamentos. São Paulo: Martin Claret; 2003.
8. Troncon LE, Cianflone AR, Martin CC. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL, organizadores. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
9. Gray RN. An analysis of physicians attitudes of cynicism and humanitarianism before and after entering medical practice. *J Med Educ.* 1955;40:752-61.
10. Robinson J. Are we teaching students that patients don't matter? *J Med Ethics* 1985;11:19-21.
11. Kottow M. Cambios de actitudes éticas a lo largo de los estudios de medicina. *Rev Méd Chile.* 1993;121:379-84.
12. Bickel J. Medical students' professional ethics: defining the problems and development resources. *Acad Med.* 1991;66:724-6.
13. Lind G. Moral Regression in medical students and their learning environment. *Rev Educ Med.* 2000;24(3):24-33.
14. Rego S. A formação ética dos médicos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
15. Potter VR. Humility with responsibility, a bioethics for oncologists. *Cancer Res.* 1975;35:2297-306.
16. Meira AR. O ensino da ética em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 1994;18(1):7-10.
17. Gomes JC. O atual ensino da ética para profissionais de saúde. *Bioética.* 1996;13(1):53-64.
18. Siqueira JE, Sakai MH, Eisele RL. O ensino da ética no curso de medicina: experiência da Universidade Estadual de Londrina. *Bioética.* 2002;10(1):85-95.
19. Culver C et al. Basic curricular goals in medical ethics. *New Engl J Med.* 1985;24:253-6.
20. Kohlberg L. Essays on moral development: the psychology of moral development. New York: Columbia University; 1989.
21. Siqueira JE. Bioética, tecnociência e impacto nos serviços de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli EMLP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003.
22. Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro. In: Almeida M. A universidade possível. São Paulo: Cultura; 2001.
23. Bauman Z. Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
24. Mac Intyre A. The idea of an educated public: education and values. London: University of London; 1990.
25. Marcuse H. One dimensional man: study in the ideology of advanced industrial society. Boston: Beacon; 1964.
26. Boelen C. Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action. *Med Educ.* 1994;28(Suppl 1):S82-5.
27. Almeida M. Educação médica e saúde: possibilidades de mudança. Londrina: Eduel-Abem; 1999.
28. Random M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom; 2000.
29. Fiedler-Ferrara N. Ciência, ética e solidariedade. In: Carvalho EA, Almeida MC, Coelho NM, Fiedler-Ferrara N, Morin E. Ética, solidariedade e complexidade. São Paulo: Palas Athena; 1998.
30. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Projeto Ciret-Unesco 2002. Evolução Transdisciplinar da Universidade [citado 10 Ago 2007]. Disponível em: <http://www.wvviuuma.org.br>
31. Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VL. In: Marcondes E, Gonçalves EL, organizadores. Educação médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
32. Batista HA, Silva SH. O professor de medicina. São Paulo: Loyola; 1998.
33. Camus M. A quem falar de urgência? In: Random M. O pensamento transdisciplinar e o real. São Paulo: Triom; 2000.
34. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University; 1979.
35. Drane J. Preparación de un programa de bioética: consideraciones básicas para el Programa Regional de la OPS. *Bioética.* 1995;3(1):7-18.
36. Siqueira JE, organizador. Ética, ciência e responsabilidade. São Paulo: Loyola; 2005.

37. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. Brasília: UnB; 2004.
  38. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.805/06 - Sobre a fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Bioética. 2006;13(2).
  39. Gracia D. La enseñanza de la bioética. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Unidad de Bioética 2004. (Serie Publicaciones).
  40. Platón. Apología de Sócrates. Santiago de Chile: Universitária; 1995.
  41. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho; 1998.
  42. Farah F. Isto é Gente. Isto É. 2003 Jun 16;202:24-30.
- 

---

*Recebido em 2 de outubro de 2008*  
*Aprovado em 6 de novembro de 2008*