

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde

Rildo Pereira da Silva

**A INCLUSÃO DO ENSINO DE BIOÉTICA
NA GRADUAÇÃO MÉDICA:
UMA POSSIBILIDADE DE INOVAÇÃO CURRICULAR**

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde

Rildo Pereira da Silva

**A INCLUSÃO DO ENSINO DE BIOÉTICA
NA GRADUAÇÃO MÉDICA:
UMA POSSIBILIDADE DE INOVAÇÃO CURRICULAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde.

Orientadora

Rio de Janeiro
2007

Silva, Rildo Pereira da

A inclusão do ensino de bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular / Rildo Pereira da Silva. – Rio de Janeiro: UFRJ / NUTES, 2007.

xi, 114 f. : il. ; 31 cm

Orientadora: Victoria Maria Brant Ribeiro

Dissertação (mestrado) -- UFRJ, NUTES, Programa de Pós-graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, 2007.

Referências bibliográficas: f. 108-114

1. Educação médica . 2. Educação superior. 3. Currículo. 4. Bioética – educação. 5. Educação baseada em competências. 6. Ética médica. 7. Tecnologia educacional. 8. Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde - Tese. I. Ribeiro, Victoria Maria Brant. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, NUTES, Programa de Pós-graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde. IV. Título.

Rildo Pereira da Silva

**A INCLUSÃO DO ENSINO DE BIOÉTICA
NA GRADUAÇÃO MÉDICA:
UMA POSSIBILIDADE DE INOVAÇÃO CURRICULAR**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Rio de Janeiro, 26 de fevereiro de 2007.

Aprovada por:

Presidente, Prof^a. Victoria Maria Brant Ribeiro, Doutora em Educação - UFRJ

Prof. Fermin Roland Schramm, Doutor em Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof. Sérgio Tavares de Almeida Rego, Doutor em Saúde Coletiva - UERJ

Rio de Janeiro
2007

Dedico esta dissertação

aos queridos filhos Ayuri, Oirã, Tulani e Mayara,
pedindo que aprendam cada vez mais
a ensinarem-me a aprender;

a Rosecleide,
companheira que confere integridade e sensibilidade
ao nosso cotidiano;

e a todos aqueles,
cujos sonhos foram gestados no caos
e paridos na escassez da realidade,
mas que, ainda assim,
mantém-se íntegros em sua determinação moral.

AGRADECIMENTOS

à Prof^a Dr^a. Victoria Brant, orientadora que sabe o norte das coisas, por sua tolerância e dedicação;

à Prof^a. Maria Alice Sigaud, por sua crença e empenho na realização deste projeto;

ao Dr. Hector Seuanez, modelo de disciplina e humildade, por todo o incentivo;

aos membros da banca examinadora, por suas preciosas contribuições;

No século XVI:

“Os homens não são como as abelhas e as formigas que repetem sempre os mesmos atos. Eles constroem o seu saber. Podem inventar e comunicar suas invenções. A memória para o homem não é só repetição. As artes, as ciências, o trabalho aumentarão enormemente a potência humana e o homem precisará de uma filosofia adequada para este desenvolvimento. Todos os homens, não somente o filósofo.”

(GIORDANO BRUNO)

No século XXI:

"Ela está sempre presente, ameaçando-nos novamente, esta velha barbárie de destruição e ódio, aliada a uma nova barbárie, nascida em nossa civilização, uma barbárie fria, gélida: a da técnica e dos cálculos que ignoram os sentimentos e a vida."

(EDGAR MORIN)

RESUMO

SILVA, Rildo Pereira da. A inclusão do ensino de bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

O estudo tem por objetivos sistematizar o estado da arte do ensino da Bioética na graduação médica brasileira, com base nos trabalhos publicados nos anais dos congressos da Sociedade Brasileira de Bioética, da Associação Brasileira de Educação Médica e da Rede Unida, e nas Revistas Bioética, Brasileira de Bioética, Brasileira de Educação Médica e Olho Mágico dos anos 2000 até 2005, e identificar concepções, conceitos, métodos e pressupostos bioéticos adotados no material pesquisado. Situa-se entre os campos da educação e do trabalho médicos, aqui entendidos como duas práticas sociais que devem dialogar permanentemente, razão pela qual a Pedagogia das Competências e as noções de competência e autonomia, como fundamentação e categorias teóricas, respectivamente, nele se inserem como aportes para compreender o processo de inclusão do ensino de bioética nos cursos de graduação médica, como uma possibilidade de inovação curricular.

PALAVRAS-CHAVE

EDUCAÇÃO MÉDICA; ENSINO; INOVAÇÃO CURRICULAR; BIOÉTICA; COMPETÊNCIA; AUTONOMIA.

ABSTRACT

SILVA, Rildo Pereira da. A inclusão do ensino de bioética na graduação médica: uma possibilidade de inovação curricular. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

The study has for objectives systemize the state of the art of the education of the Bioethical in the Brazilian medical graduation, on the basis of the works published in congressional records of the Brazilian Society of Bioethical, the Brazilian Association of Medical Education and of the Net Joined, and in the Bioethical Magazines, Brazilian of Bioethical, Brazilian of Medical Education and Magical Eye of years 2000 up to 2005, and to identify adopted conceptions, concepts, bioethics methods and estimated in the searched material. It is placed enters the fields of the medical education and the work, understood here as two practical social ones that must dialogue permanently, reason for which the Pedagogy of the Abilities and the slight knowledge of ability and autonomy, as theoretical recital and categories, respectively, in it if insert as you arrive in port to understand the process of inclusion of the education of bioethical in the courses of medical graduation, as a possibility of curricular innovation.

KEY WORDS

MEDICAL EDUCATION; EDUCATION; CURRICULAR INNOVATION; BIOETHICAL; ABILITY; AUTONOMY

SUMÁRIO

	Pg
Introdução	12
Capítulo 1 - A autonomia e a(s) competência(s): conceitos fundamentais	15
1.1 – A autonomia como processo permanente e inacabado	15
1.1.1 – O infinito percurso entre as curiosidades ingênua e crítica	16
1.1.2 – O conceito de autonomia subjacente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina	18
1.2 – A competência e as competências	20
1.2.1 – Entre objetivos e competências: a questão da qualificação	21
1.2.2 – As competências como estruturantes da competência	24
1.2.3 – A competência crítica e os pilares da educação	26
Capítulo 2 - A bioética e o ensino de bioética	35
2.1 – A bioética como exercício competente da autonomia	35
2.1.1 – O descompasso entre o <i>que</i> e o <i>como ensinar</i> em bioética	36
2.1.2 – Da moral à ética e da ética à bioética	37
2.1.3 – Bioética: um campo, algumas delimitações e várias definições	41
2.2 – Algumas proposições da bioética brasileira	45
2.2.1 – A bioética crítica de inspiração feminista	45
2.2.2 – A bioética da reflexão autônoma ou bioética autonomista	46
2.2.3 – A bioética de intervenção	48
2.2.4 – A bioética da proteção	49
2.2.5 – A bioética na perspectiva da teologia da libertação	51
2.2.6 – A bioética feminista e anti-racista	52
Capítulo 3 - Ensino de bioética e formação médica	54
3.1 – Os objetivos do ensino de bioética na formação médica	55
3.1.1 – Entre o científico e o humanístico: um imperativo ético	56
3.2 – Autonomia moral e competência crítica no ensino de bioética	59
3.2.1 – A bioética como tema transversal do ensino médico	61
3.2.2 – Disciplinaridades: multi, inter e trans	62
3.2.3 – Transversalidade e temas transversais	63
	66

3.3 – A competência moral no ensino médico	67
3.3.1 – Por que o ensino de bioética como meio de desenvolver a competência moral?	68
3.3.2 – As transições conceitual e prática na formação médica	
Capítulo 4 - A análise dos dados	72
4.1 - Classificação geral dos ensinamentos da disciplina e da disciplina : nomenclatura, nível e área	73
4.1.1 - Análise dos dados segundo a classificação geral dos ensinamentos da disciplina <i>Ética e Bioética</i> e da disciplina <i>Bioética</i>	76
4.2 - A frequência de ocorrências nos trabalhos científicos sobre o ensino da disciplina na graduação médica entre 2000 e 2005	80
4.2.1 - A análise do conteúdo à luz da categoria <i>autonomia permanente e inacabada</i>	85
4.2.2 - A análise de conteúdo à luz da categoria <i>competência crítica e integral</i>	95
Considerações finais: que resultados e em que proporção	106
Referências	108

INTRODUÇÃO

As possíveis interfaces entre educação e trabalho sempre atraíram a nossa curiosidade. Em princípio, uma curiosidade “ingênua”, como diria Paulo Freire (2005), mas que vem se “criticizando” ao passo que, gradativamente, nos aproximamos do objeto que a provoca, e buscamos melhor compreender as complexas relações entre formação e atuação profissionais.

Talvez, por se constituírem em interseções praticamente inevitáveis na vida dos indivíduos humanos, as interpenetrações entre educação e trabalho motivem o nosso intento de transformar a curiosidade inicial sobre elas em “curiosidade epistemológica” (FREIRE, 2005).

A característica interdisciplinar da bioética tem favorecido o exercício dialógico entre os vários campos do conhecimento. Neste sentido, deve ser entendida como uma possível chave transdisciplinar, que se pretende ser uma ponte entre os saberes, agora não só para o futuro (POTTER, 1971), mas já para o presente.

A bioética também pode ser interpretada como uma espécie de denominador comum das culturas científica e humanística. De modo que, sendo assim recepcionada, tem possibilidades de afirma-se como um campo cada vez mais fértil para o germinar de novas formulações teóricas. Formulações estas que, acredita-se, poderão dar frutos significativos se adubadas da cooperação entre disciplinas em torno das questões que envolvem a moralidade contemporânea.

Os campos da educação e do trabalho não se excluem deste processo, em especial no caso da educação médica em interface com o trabalho médico, já que da sua interpenetração mútua emergem questões éticas que perpassam ou abrangem as dimensões individual e social inerentes aos indivíduos, em

suas particularidades; aos grupos, enquanto coletividades detentoras de interesses comuns; e à sociedade em geral.

Provocados por estas constatações, lançamo-nos à nossa empreitada no sentido de investigar as relações entre o saber, o fazer e o conviver médicos no que tangem a formação, a atuação e a sociabilização morais do graduando em medicina, notadamente quando do seu percurso entre as condições de estudante e de profissional.

Para isto, optamos por fazer, à luz das técnicas de análise do conteúdo (BARDIN, 1977), uma leitura crítica do discurso assumido quanto ao ensino da bioética na graduação médica brasileira, adotando como fonte da pesquisa os principais meios de comunicação científica das áreas de bioética, de medicina, de educação médica e da saúde em geral, tendo as categorias *autonomia permanente e inacabada* (FREIRE, 2005) e *competência crítica e integral* (MARKERT, 2004) como lentes focais sobre o objeto de interesse de nosso estudo.

Após subdividir as duas categorias iniciais em 7 (sete) subcategorias, sendo 4 (quatro) relativas à autonomia e 3 (três) à competência, pudemos identificar e agrupar em núcleos as ocorrências convergentes para sentidos comuns e/ou aproximados, não sem antes mapearmos a incidência da *Ética e Bioética* (entendida como uma mesma disciplina ou tema transversal) e da *Bioética* (entendida como uma outra disciplina ou tema transversal) no ensino das graduações e pós-graduações em saúde.

Reunidos os dados, passamos a análise teórica propriamente dita. Com base nos sentidos apontados pelos resultados dentro de cada núcleo, procedemos nossa inferência interpretativa, discutindo as mensagens explícitas e implícitas, evidentes ou subjacentes no conjunto do discurso.

Nossas considerações finais remetem aos nossos objetivos iniciais, de forma a concluirmos sobre que resultados obtivemos e em que proporção conseguimos alcançá-los, no sentido de:

(1) caracterizar e sistematizar o estado da arte do ensino da bioética na graduação médica brasileira, com base nos trabalhos publicados nos anais dos congressos da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e da Rede UNIDA (RU) e nos periódicos Revista Bioética (RB), Revista Brasileira de Bioética (RBB), Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) e Revista Olho Mágico (ROM) durante o período compreendido entre os anos de 2000 e 2005;

(2) identificar e analisar as concepções, os conceitos, os métodos e os pressupostos bioéticos adotados no material pesquisado e relacioná-los com o ensino de bioética praticado na formação médica brasileira entre 2000 e 2005;

(3) propor alternativa de organização do ensino de bioética para os cursos da graduação médica brasileira, com base na análise crítica do material pesquisado, tendo como referência os modelos de ensino disciplinar (carga horária própria), ensino disciplinar associado (conteúdo dentro da carga horária de outra disciplina) e ensino transversal (disciplinas ou módulos disciplinares perpassados por conteúdos bioéticos).

CAPÍTULO I

A AUTONOMIA E A(S) COMPETÊNCIA(S): CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Considerando a polissemia dos termos *autonomia* e *competência*, pretende-se descrever e analisar o que a bibliografia existente dispõe sobre estas duas categorias, além de indicar quais dos conceitos e definições encontrados doravante estaremos adotando para efeito deste estudo.

1.1 - A autonomia como processo permanente e inacabado

Autonomia é uma palavra derivada do grego *autos* (designando aquilo que é próprio de si mesmo) e *nomos* (designando idéia de norma, regra ou lei), ou seja, etimologicamente autonomia significa a capacidade de autogoverno. Historicamente, o termo surgiu na antiguidade como referência à autogestão das cidades independentes gregas (*polis*), que por esta razão chamaram-se *autarquias*, ou seja, *autos* (próprio de si, referido a si, ele mesmo) e *arkêo* (poder).

Portanto, em sua origem, a autonomia referia-se a uma coletividade e, depois, já na modernidade, estendeu-se às individualidades e adquiriu sentidos diversos que, segundo Beauchamp & Childress (2002), podem ser resumidos como “autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo” (p. 137).

Em Abbagnano (2003, p. 97) encontramos que o termo é usado por Kant para designar “a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria que é a razão”. Nesse sentido, a *autonomia* pressupõe a

autodeterminação norteada pelo que Kant chamou de “razão pura prática”: uma vez assumida e praticada como lei moral, configura-se na verdadeira liberdade.

Cada uma das teorias que se dedicam à *autonomia* atribui-lhe algumas especificidades conceituais. Entretanto, destacam-se duas condições que lhe são comumente consideradas: *liberdade* (independência da vontade) e *qualidade do agente* (agir intencional). Não basta atender apenas a uma ou a outra destas condições ditas necessárias à *autonomia*; a independência da vontade que não se manifesta na prática, não se configura em agir moral autônomo, assim como a ação, mesmo a intencional, sem a razoabilidade da independência da vontade, também não.

Entre as idéias que constituem a polissemia do termo *autonomia*, pode-se destacar pelo menos uma que ilumina questões relativas ao ensino da bioética nos cursos de Medicina, objeto deste estudo. O agir moral autônomo é, no presente trabalho, uma espécie de imagem-objetivo, ou seja, uma “competência crítica” (MARKERT, 2004) que se deseja de todos os profissionais de saúde. Beauchamp & Childress (2002) recomendam a necessidade de refinar o conceito de autonomia “à luz de objetivos específicos”, o que nos leva a articulá-lo aos procedimentos de ensino identificados como os mais adequados ao desenvolvimento desta competência, tais como métodos ativos e práticas educativas que provoquem a perplexidade, a dúvida, a desconfiança e o conflito cognitivo, como forma de estimular e promover a desconstrução-reconstrução do conhecimento por parte do estudante.

1.1.1 - O infinito percurso entre as curiosidades ingênua e crítica

Ora, se a polissemia do termo nos obriga a refiná-lo de acordo com os objetivos perseguidos neste trabalho e, obviamente, tais objetivos especificam-se por sua relação com o objeto então estudado, consideramos o conceito freireano de *autonomia* (FREIRE, 2005) como o mais apropriado à análise do material empírico, uma vez que inclui, além das duas condições acima

referidas (*liberdade e qualidade do agente*), o ser humano como um indivíduo inacabado e em permanente interação com os outros.

Para Freire (2005), a autonomia é uma construção histórico-social constante que só “é” porque “está sendo”, ou seja, não há autonomia definitiva e acabada, mas sim autonomia permanentemente inacabada que, por “estar” constantemente “sendo” exercitada no mundo, é sempre uma construção.

Segundo este autor, “estar sendo é a condição, entre nós, para ser. Não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética, quanto mais fora dela” (FREIRE, 2005. p. 33), convicção esta que remete à idéia de educação como uma prática social, que só poderá contribuir para a *autonomia* dos discentes se for uma prática que compreenda: a ética crítica, na qual as decisões morais passam, necessariamente, pela reflexão, pelo diálogo e por consensos mínimos e possíveis; a competência científica, que fundamenta teoricamente os argumentos e as decisões; e a solidariedade autêntica, não paternalista e promotora da justiça social.

Tais elementos devem ser permanentemente materializados na prática educativa dos docentes, ressaltando que as relações entre estes e os discentes, no que tange à *autonomia* destes ou daqueles, são permeadas por questões de poder (autoridade e licenciosidade) e de agir comunicativo (intenção mútua de entendimento). Neste sentido, parece-nos que a interessoalidade das relações durante o processo de ensino e de aprendizagem carece ser prévia e amplamente negociada.

A perspectiva freireana é de que a consciência nos exige a ética, a pesquisa revitaliza a competência científica e o comprometimento social resulta na solidariedade autêntica, combinação imprescindível à prática do docente que se proponha a provocar e promover o desenvolvimento da *autonomia* no indivíduo em formação.

1.1.2 - O conceito de autonomia subjacente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina

Embora não apareça como uma competência explicitamente enunciada no texto das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina, a autonomia pode ser entendida como tal, já que muitas das qualidades que a caracterizam integram a descrição do perfil do egresso, fazendo-a implicitamente presente. Do que se pode inferir que, mesmo subjacente ao corpo das DCN, a autonomia é ali concebida como um objetivo a ser perseguido pelo ensino médico. Já no Artigo 3º identifica-se o que se espera um futuro profissional médico

(...) com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado pelos princípios éticos, nos processos de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (MEC, 2001).

Mesmo sendo as DCN constituídas de orientações básicas e de abrangência genérica (como cabe aos documentos deste tipo), podemos delas extrair indicativos como os supracitados que, uma vez observados durante a formação médica, podem contribuir para o desenvolvimento da autonomia do estudante. Em nossa interpretação, este artigo 3º das DCN preconiza a integração da consciência individual do profissional, a sua consciência sobre os outros e a capacidade técnico-científica, configuradas em um agir que se pretende autônomo.

Um pouco mais adiante, no inciso II do Artigo 4º, relativo à tomada de decisão pelo profissional médico, ratifica-se a autonomia como necessária à sua formação, já que “os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas baseadas, em evidências científicas” (MEC, 2001), ou seja, que “avaliar”, “sistematizar” e “decidir” são ações que, para serem bem conduzidas, implicam autonomia. O que não significa delegar ao médico a exclusividade das decisões, como se a sua autonomia fosse onipotente. Antes, inferimos que tais verbos de ação, entendidos como descritores de competências e habilidades, apontam para a

capacidade de fundamentar apropriadamente as suas posições frente os desafios da prática médica.

No âmbito da bioética tais competências e habilidades correspondem às suas dimensões teórica (descrição e análise), normativa (prescrição e proscrição ou direitos e deveres) e protetora/acolhedora (em face da vulnerabilidade e/ou vulneração dos indivíduos) relativas aos conflitos e dilemas morais; mesmo que, a rigor, os dilemas não tenham solução, estes exigem a autonomia como elemento essencial ao seu enfrentamento.

Uma vez que, de acordo com Freire (2005), a autonomia pressupõe a consciência do indivíduo a respeito de seu constante estado de construção como ser social, portanto, acerca de seu permanente processo de aprendizagem, temos no inciso VI do Artigo 4º que “os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais devem aprender a aprender e ter responsabilidade com a sua educação” (MEC, 2001).

Entretanto, indaga-se a respeito de quais os métodos de ensino que mais facilitariam e estimulariam o desenvolvimento do exercício da autonomia. Neste caso, e mais uma vez, são as próprias DCN que, em seu Artigo 9º, indicam alguns procedimentos a serem adotados:

O Curso de Graduação em Medicina deve ser um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência (MEC, 2001).

Ainda no inciso II do Artigo 12, além de elegerem os métodos ativos como os mais apropriados aos processos de ensino e de aprendizagem, as DCN firmam a interdisciplinaridade como uma via para a construção do conhecimento quando recomendam “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre conteúdos, além

de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (MEC, 2001).

Por meio da integração dos conteúdos originados das diversas disciplinas em ação interdisciplinar sobre um determinado objeto, pode-se chegar à configuração de uma nova disciplina.

1.2 - A competência e as competências

Pedagogia das Competências é como se tem convencionado chamar o conjunto teórico das múltiplas noções de competência existentes nos campos do trabalho e da educação, quando aplicado aos processos de ensino e de aprendizagem, didática e sistematicamente.

Assim como o termo *autonomia*, o termo *competência* também é polissêmico dada a sua utilização por campos diversos do saber, além de estar presente também no âmbito do senso comum, o que o faz, segundo Brant R. (2002), aparecer imerso em variadas tendências, correntes, visões de mundo e teorias de aprendizagem.

Podem-se encontrar várias definições para *competência* (ou *competências*), o que dificulta e, muitas vezes, confunde o entendimento acerca desta noção, como é o caso da distinção fundamental entre os significados conceituais atribuídos ao termo quando usado no singular ou no plural (ISAMBERT-JAMATI, 1997).

Pretende-se discorrer resumidamente sobre o histórico da Pedagogia das Competências e situá-la teoricamente, para, em seguida, identificar algumas das contribuições bibliográficas relativas à sua conceituação e às concepções de competência/competências nela predominantes.

Considerando que o estudo em questão situa-se entre os campos da educação e do trabalho médicos, estes são aqui recepcionados na forma de práticas

sociais das quais se espera o diálogo mútuo e permanente. A Pedagogia das Competências e a noção de competência, então assumidas como fundamentação e categoria, respectivamente, exercem o papel de aportes teóricos à análise do material selecionado e, também, à compreensão do processo de inclusão do ensino de bioética na medicina como possibilidade de inovação curricular.

1.2.1 - Entre objetivos e competências: a questão da qualificação

Após longo período de predominância do modelo taylorista-fordista como estruturante da organização do processo produtivo, as aceleradas inovações tecnológicas impuseram ao campo do trabalho e, conseqüentemente, também ao da educação, a exigência de uma mudança de paradigma nos sistemas produtivo e educativo, respectivamente.

O surgimento e a aplicação de novos conceitos relativos ao gerenciamento da produção, tais como *just-in-time*¹ (HAY, 1992) e *kaizen*² (HONDA & VIVEIRO, 1993), acabaram por influir no tipo de qualificação até então dedicada aos trabalhadores. Conforme destaca Ramos (2002), “os novos paradigmas da produção exigiram uma massa de conhecimentos e atitudes bastante diferentes das qualificações formais requeridas pelas organizações de trabalho de tipo taylorista-fordista”.

A qualificação profissional formal oferecida pela escola e, historicamente, fundada na Pedagogia dos Objetivos, passou a ser compartilhada pelos espaços de produção fabril sob uma outra concepção de ensino e aprendizagem, de modo a acentuar a questão “formação do trabalhador”

¹ *Just-in-time*: modelo de gerenciamento da produção bastante difundido na década de 1980 que, entre outros seis elementos, primou por um tempo produtivo uniforme, invertendo a clássica lógica do acúmulo da produção (estoques finais ou intermediários), o que exigiu do trabalhador operacional noções de tempos e processos até então por ele ignorados (HAY, 1992).

² *Kaizen*: metodologia de análise de processos que entende os vários processos produtivos de uma organização como interdependentes e sistêmicos. Neste caso, requer-se do trabalhador a competência para atuar em sistemas de produção complexos (HONDA & VIVEIRO, 1993).

versus “formação para o trabalho”, uma vez que ao capital interessava a qualificação técnica para a tarefa laboral, ou seja, uma formação restrita ao saber-fazer, enquanto que à escola cabia oferecer uma formação generalista que resultasse na base da cidadania do trabalhador, uma formação ampliada para o saber-ser integral.

É neste contexto, prenhe de mudanças paradigmáticas (tanto nos processos produtivos como nos educativos) que, como resposta aos desafios da aplicação das novas tecnologias, surge ou ressurge (BARCET, 1978 *apud* ROCHE, 2004) a noção de competência, a qual, embora possa ser vista como uma contraposição ao conceito de objetivo educacional, também parece complementá-lo ou ser por ele complementada.

No campo da educação, mais propriamente em pedagogia, a noção de *competência* é freqüentemente associada a *objetivo*, porém, em paralelo, esta relação é vista como a negação deste por aquela.

Neste sentido, observam-se duas tendências de análise: uma que defende a noção de competência como um novo paradigma alinhado às transformações socioeconômicas atuais, o que nega sua associação com os objetivos e relaciona o seu aparecimento com as transformações produtivas iniciadas na década de 1980; e outra que afirma a existência desta associação, mas ressalva que, posteriormente, a noção de competência diferencia-se dos objetivos educacionais, pois situa a sua origem na década de 1960, além de entender que o modelo de competências surgido nos anos 1980 relaciona-se ao movimento da Pedagogia Baseada no Desempenho e está, portanto, fundada em bases teóricas tendentes ao campo industrial mais do que ao educacional (RAMOS, 2002).

A questão da associação entre os objetivos educacionais e as competências é, no mínimo, polêmica, pois as duas tendências analíticas que se opõem - a que nega e a que afirma tal associação apenas como um momento inicial - nos deixam as seguintes indagações: objetivos e competências são,

necessariamente, opostos? Ou podem ser utilizados como conceitos que se complementam na prática educativa?

Em uma tentativa inicial de aproximação entre os dois conceitos, é possível identificar, pelo menos, um elemento comum e, quiçá, algumas contribuições conjuntas que ambos podem dar para o processo de ensino e de aprendizagem.

Tanto a competência como o objetivo visam à qualificação, embora na prática educativa cada um deles implique em metodologias de ensino distintas. Entretanto, a idéia de qualificação no contexto da Pedagogia dos Objetivos difere de como a Pedagogia das Competências a entende.

Na primeira, a idéia de qualificação está ligada à destreza para executar tarefas determinadas e delimitadas, no todo ou em parte repetitivas, e que não exigem re-elaborações cognitivas com base em um saber-fazer preexistente à ação; na segunda, a qualificação define-se pela capacidade de mobilizar saberes adquiridos pelo indivíduo e de adaptá-los às necessidades impostas por contextos desafiadores.

De forma que, postos os objetivos em um dos pratos da balança e as competências no outro, é possível afirmar que o peso dos objetivos é a qualificação que pende para a tarefa, circunscrita a um determinado fazer técnico-prático; enquanto que o peso das competências é a qualificação que pende para a transferência do saber, a fim de solucionar problemas em situações complexas e/ou inusitadas, isto é, as competências (no plural) são os recursos, atributos, conhecimentos, habilidades, atitudes, enfim, o conjunto de saberes (saber, saber fazer, saber conviver) adquiridos pelo e disponíveis no indivíduo; e a competência (no singular) é a mobilização, recombinação e aplicação pelo indivíduo destes saberes de acordo com as exigências do problema/situação em questão.

Antes mesmo do racionalismo taylorista-fordista, o trabalho já era qualificado pelas noções de ofício e competência. O oficialmente competente era aquele

que dominava integralmente o processo produtivo, em todas as suas fases e com todos os seus saberes necessários, como no caso do artesão. Com as linhas de produção em série e a fragmentação do fazer, fragmentou-se também o saber, limitando-o às tarefas específicas de parte do processo produtivo (BARCET, 1978 *apud* ROCHE, 2004).

1.2.2 - As competências como estruturantes da competência

Durante a década de 1990, a publicação do Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI (DELORS *et al*, 2004), a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (MEC,1996), além do longo e difícil processo de elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN, acirram o debate acadêmico sobre a noção de competência.

Entretanto, tais movimentos não foram capazes de produzir um consenso teórico acerca do tema. Não obstante, em 2001 algumas das DCN são publicadas sob a forma de Resolução, fazendo explícita menção às competências laborais, como é o caso das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (MEC, 2001).

No decorrer do texto das DCN da Medicina, identifica-se que a palavra *competências* aparece seis vezes, e são preconizadas vinte e oito competências a serem “exercitadas” pelo profissional médico, das quais seis são gerais e vinte e duas específicas. Tal fato chama à atenção, visto que, diante da ausência de consenso conceitual sobre o termo, não há no corpo do texto oficial qualquer referência à adoção de uma ou outra das noções de competência como base daquele documento.

A ausência de tal especificação impele-nos a fazer uma pequena revisão bibliográfica sobre a noção de competência e/ou competências, uma vez que se pode considerar uma das orientações para o ensino de bioética o que está

previsto na competência geral “Atenção à saúde”, inciso I do artigo 4º das DCN da Medicina.

Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (MEC, 2001).

Além da distinção teórica entre o que se pode entender por competência e competências, referida anteriormente, há também que se distinguir entre duas visões predominantes de política educacional: uma de processo educativo com vistas ao mercado de trabalho e a outra de processo educativo com vistas à educação integral, ambas integrantes do escopo da Pedagogia das Competências.

Quanto à distinção entre *competência* e *competências*, encontram-se raras referências na literatura, mas recorrendo-se à socióloga francesa Vivianne Isambert-Jamati (1997), tem-se que *competência*, no singular, refere-se à linguagem jurídica, no sentido de responsabilidade, ressalvado que o termo já não se restringe ao Direito; e que *competências*, no plural, refere-se a um “encontro positivo de qualidades em um mesmo homem”, afirmação que se vincula à idéia de repertório de qualidades, combinadas e mobilizadas conforme a exigência da situação, o que é reforçado por Antonio Tomasi (2004), ao discutir o pensamento da autora: “trata-se de competências possuídas ou, no singular, pode ser traduzido por uma determinada competência, ou a soma delas, e no plural, pode ser mais bem [*melhor*] representado pela transversalidade dos saberes” (TOMASI, 2004. p. 152).

Em síntese, afere-se que *competências*, no plural, pode designar quantitativamente um elenco de recursos mobilizáveis e adaptáveis às necessidades de solução requerida por uma dada situação; enquanto que *competência*, no singular, pode designar qualitativamente o conjunto de recursos mobilizados e adaptados durante a ação de solucionar o problema apresentado na referida situação. De modo que a *competência*, manifesta na prática, pode ser entendida como o coletivo das competências que já se

encontravam estruturadas, acomodadas e implícitas no indivíduo antes da sua mobilização.

Em relação às visões de política educacional que permeiam a Pedagogia das Competências, Valencia (2003) aponta duas dimensões determinantes da compreensão da noção de competência: uma que tem como finalidade formar o trabalhador para o trabalho; e outra que visa formar o trabalhador para a cidadania.

A primeira dimensão, apontada por Valencia, vincula a competência ao processo educativo como meio de se obter "a eficácia do saber-fazer, exigida pelo mercado de trabalho", nos moldes da economia globalizada e dos modelos neoliberais.

Já a segunda dimensão, a qual tendemos a aderir, relaciona a competência ao processo educativo como meio de se obter "um saber-fazer crítico e criativo" como parte de uma educação integral, que considere o contexto sociocultural e estimule a formação de sujeitos críticos e autônomos, capazes de aplicar o "sentido ético/humanístico nas decisões sobre o uso do conhecimento e a qualificação das condições de vida e de participação democrática das comunidades" (VALENCIA, 2003. p.14-16).

A clareza acerca das associações entre estas abordagens e os processos produtivo e educativo, é de suma importância para que se compreendam as diversas apropriações e os vários usos da noção de competência e/ou competências por parte dos diferentes grupos e nos diversos contextos sociais.

1.2.3 - A competência crítica e os pilares da educação

Nas duas últimas décadas, muitos autores têm dedicado notáveis esforços ao aprofundamento crítico da noção de competência, o que tem resultado em alguns trabalhos de qualidade considerável, porém, como "com o ouro também

vem o cascalho”, muito se têm produzido de forma a contribuir mais para a banalização do termo do que para a sua elucidação.

Fleury & Fleury (2001), alegam que competência é um saber dominado pelo indivíduo e aceito por uma determinada coletividade que, por meio desta aceitação, o valida socialmente. De alguma forma, seus efeitos socioeconômicos são compartilhados, ou seja, a competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (FLEURY & FLEURY, 2001. p. 21).

Marise Ramos (2002) argumenta que “o conceito é usado em sentido instrumental, associado à ação e restrito à inteligência prática” e que “para superar esta visão, precisa-se incorporar a experiência concreta dos sujeitos como um conjunto de situações significativas de aprendizagem”.

Porém, Markert (2004), afastando-se da perspectiva de *formação para o trabalho* e assumindo a de *formação do trabalhador*, “nega que a competência se dê somente em função dos interesses do capital”, negação esta compartilhada por nós, pois, assim como este autor, acreditamos que “a mudança da base técnica do trabalho muda também as exigências para o trabalhador, criando para ele novos horizontes” e que a competência “deve ser vista à luz dos interesses do trabalhador”.

Assim como Gonzci (1997), também Perrenoud (2000) define competência como a “capacidade que um indivíduo tem de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação”; e, como tal, o conceito de competência ganha destaque devido a sua apropriação pelo mundo do trabalho, o que faz com que a escola, “sob o pretexto de modernizar-se e de inserir-se na corrente dos valores da economia de mercado”, ponha-se a seguir os mesmos passos (PERRENOUD, 1999. p. 12). Esse é um ponto com o qual, em certa medida, afina-se a visão de Ramos (2002), para quem houve um remanejamento do conceito de qualificação para as competências, situando-o

na relação trabalho-educação como uma “nova mediação” ou uma “mediação renovada” para atender às demandas atuais de produção capitalista.

Para Ropé & Tanguy (1997), a noção de competência está “muito ligada” à noção de formação e a atividade de formação “deslocou-se” para a empresa, afirmação da qual discordamos por entender que deslocar é sair de um lugar para o outro, desocupando o espaço anterior. Neste sentido, a atividade de formação profissional expandiu-se da escola tradicional para as instituições empresariais, assumindo as características determinadas pelas necessidades de produção do capital que, de certa forma, o ensino formal escolar mantinha veladas e que, com o advento das escolas corporativas, foram explicitadas.

Observe-se que não nos referimos aqui ao compartilhamento da incumbência da formação, como nos casos de estágio curricular, por exemplo, quando empresas e escolas celebram contratos de colaboração e o estágio constitui-se em uma interseção entre teoria e prática. Trata-se de uma iniciativa empresarial estanque, desvinculada da concepção de escola em seu papel histórico de formadora. Concluímos que as escolas ou universidades corporativas são investimentos empresariais que têm como fim treinar, desenvolver e, até mesmo, formar indivíduos exclusivamente para o trabalho, sem significativo compromisso social com a formação para a cidadania.

Portanto, após expandir-se para empresas a fim de atender as demandas de capacitação oriundas do capital, pode-se concluir que a educação profissional praticamente ramificou-se em três modalidades de formação: a oferecida pela escola, em seu formato tradicional como responsabilidade do estado e com abertura democrática para a iniciativa privada (cursos técnicos do ensino médio e cursos técnico-científicos do ensino superior, etc); a oferecida pela empresa, determinada pelos interesses econômicos do mercado e pela necessidade de mão-de-obra qualificada (cursos de qualificação ou técnicos do tipo SENAI/SENAC e cursos superiores montados “sob medida” nas universidades corporativas); e uma espécie de formação híbrida resultante da cooperação entre escola e empresa (quando uma instituição de trabalho demanda a necessidade de determinada formação em seu quadro funcional, por exemplo)

Neste último caso, escola e empresa assumem a responsabilidade pela formação ou, no mínimo, promovem a inserção precoce do formando no âmbito do trabalho, o que é feito em paralelo à formação teórica escolar. Cabe observar que, de certa forma, esta prática já chegou ao nível das pós-graduações, haja vista os denominados MBAs e os recentes Mestrados Profissionais.

Tratando especificamente da medicina, identificamos que a prática educativa híbrida, conjugando aulas teóricas e a prática precoce nos hospitais, é anterior ao fenômeno das universidades corporativas, talvez porque a formação em medicina, embora detentora de reconhecido capital intelectual, não seja predominantemente orientada pelos mesmos fins do capital econômico. Logo, tal hibridismo pode ser entendido como uma opção metodológica e estrutural do currículo, sem obrigatoriamente representar um fato vinculado ao fenômeno de “deslocamento” da atividade de formação para outras instituições que não a escola. Lembremos que os hospitais onde acontece a inserção precoce do graduando, em geral, pertencem à própria universidade, ou seja, são partes integrantes dos complexos escolares em que se dá a formação. Não são institutos empresariais desvinculados da cultura universitária ou detentores de objetivos antagônicos àqueles que a escola persegue ou deveria perseguir.

Entretanto, Brant R. (2002) entende que é “preciso mobilizar o sujeito da aprendizagem para uma relação mais próxima/íntima com os saberes”, promovendo a ruptura da tradicional organização curricular, “cuja preocupação central era a de preparar para obter um diploma”. Esta autora vê nesta ação educativa a principal tarefa da Pedagogia das Competências.

Não obstante a polissemia do termo e a diversidade conceitual presentes, uma certa convergência teórica se faz notar: a de que a noção de competência está necessariamente ligada à ação, ou seja, que competência é um conjunto de saberes observáveis quando manifestos a contento na prática.

Então, conclui-se que a competência pode ser desenvolvida no (e com o) educando por meio da promoção de uma permanente interação crítica entre

teoria e prática, entre a construção de saberes e a aplicação destes saberes, enfim, por meio de uma *praxis* social fundada na consciência do indivíduo, que é o estudante, sobre si e sobre os outros. Desta forma, a missão social da educação define-se por mediar as relações entre o indivíduo em formação e a sociedade a ser transformada, tendo como matéria-prima o saber.

Considerando esta função mediadora da escola, ficam claros os papéis e o espaço aos quais o ensino formal deve dedicar a sua atuação, quando se identifica o percurso cognitivo a ser trilhado pelo educando rumo a autonomia, cujo itinerário, sugerido por Paulo Freire (2005), deve partir da “curiosidade ingênua” para chegar à “curiosidade epistemológica” ou “curiosidade crítica”.

Para Freire (2005), a curiosidade é a condição imprescindível a aquisição do saber, tanto no professor como no estudante. Ingênua ou epistemológica, a curiosidade atua como um “elemento propulsor do conhecimento, que estimula a reflexão crítica e afasta o comodismo e a passividade da educação bancária” (VASCONCELOS & BRITO, 2006. p. 68).

A curiosidade ingênua é aquela na qual o indivíduo ainda se encontra em um estado de interpretação superficial da realidade, de argumentação frágil, não estruturada e de acriticidade quanto às explicações que lhe são dadas. Entretanto, por ser curiosidade e constituir-se em elemento motivador e mobilizador do educando, a curiosidade ingênua não deve ser desprezada, visto que dela “resulta indiscutivelmente um certo saber, não importa que metodicamente desrigoroso (...) O saber de pura experiência feito” (FREIRE, 2005. p. 29).

A curiosidade epistemológica ou crítica não é substitutiva da curiosidade ingênua, como se poderia supor. Nada mais é que a própria curiosidade ingênua, tipicamente característica do senso comum (SAVIANI, 1991), que vai assumindo uma forma cada vez mais metódica e rigorosa à proporção que se aproxima da consciência filosófica (SAVIANI, 1991), uma atitude crítica que, por meio do processo educativo, transcende o entendimento inicial acerca da

realidade. De acordo com Freire (2005), tal “superação e não a ruptura se dá na medida em que a curiosidade ingênua, sem deixar de ser curiosidade, pelo contrário, continuando a ser curiosidade, se critica” (FREIRE, 2005. p.31)

Pressupondo que o ensinar e o aprender exigem a curiosidade, é relevante observar que ao professor, por definição detentor da curiosidade crítica, cabe valorizar e entender a curiosidade ingênua do estudante como matéria-prima para a construção do saber em todas as suas dimensões (saber, fazer e conviver), já que “nenhuma curiosidade se sustenta eticamente no exercício da negação da outra curiosidade” (FREIRE, 2005. p. 85).

Neste sentido, a trajetória evolutiva da curiosidade entre a inocência e a desconfiança cognitivas do estudante depende, em grande parte, da apropriada mediação do aparelho formador. Considerando que a “promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípuas da prática educativo-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade crítica, insatisfeita, indócil” (FREIRE, 2005. p. 32), como forma de defesa e proteção contra “‘irracionalismos’ decorrentes do ou produzidos por certo excesso de ‘racionalidade’ de nosso tempo altamente tecnologicado” (FREIRE, 2005. p. 32) ou, acrescentamos, biotecnocientificado.

Neste sentido, Perrenoud (1999) destaca que a competência pode ser um poderoso elemento nesta mediação, pois uma vez posta em desenvolvimento pela escola, pode contribuir para que o indivíduo atue como cidadão no mundo presente, já conhecido, e, também, no mundo por vir, ainda por conhecer.

Por compartilharmos a opinião de Brant R. (2004), para quem “a concepção de competência aproxima, estrategicamente, os campos da educação e do trabalho”, é que o presente estudo situa-se na interseção destas duas práticas sociais, pois o seu objeto insere-se na convergência dialógica da relação entre formação e atuação profissionais, mais precisamente no contexto da formação do profissional médico e da prática médica como atividades de forte impacto na sociedade em geral.

Diante disto, o “conceito crítico de competência” (MARKERT, 2004), associado ao *Saber Ser* proposto pela UNESCO (DELORS *et al*, 2004) parece ser o mais apropriado a uma abordagem da bioética entendida como uma competência moral (REGO, 2005).

O conceito de competência, formulado por Werner Markert, pressupõe a integração de três dimensões das ações: *conhecimento/qualificação* (ação instrumental); *organização/cooperação* (ação estratégica); *interação/comunicação* (ação comunicativa) que, articuladas, resultam numa competência integral, a qual doravante designar-se-á por *competência crítica*

Neste sentido, ainda segundo Markert (2004), a prática educativa que adotar este conceito de competência deve, antes de tudo, “entender e organizar a escola como laboratório de aprendizagem”, de modo a possibilitar a superação da “dicotomia teoria/prática entre educação geral e ensino técnico”, visando à formação do “*profissional transformativo*”, capaz de apropriar-se “do mundo na sua totalidade”, “transformar seu ambiente profissional em um espaço democrático como ‘zona de inovação’” e integrar “a teoria libertadora com a práxis transformadora” (MARKERT, 2004).

Visto que nenhum ensino pode constituir-se apenas dos saberes humanísticos e, inexoravelmente, a formação profissional não pode prescindir de seu teor instrumental, ao passo que também não deve se eximir de promover a *formação integral do trabalhador* (ao invés de apenas investir na *formação para o trabalho*), a conjugação entre objetivos e competências parece ser uma opção pedagógica capaz de possibilitar, ao menos num momento inicial de transição entre as práticas pedagógicas tradicional e progressista, avanços consistentes nas ações educativas da formação profissional.

Neste caso, ter-se-ia uma mescla da abordagem pedagógica de cunho técnico-instrumental e disciplinar com a de cunho crítico-reflexivo e transversal. De modo que, paralelamente e ao longo de todo o curso médico, a primeira (com ênfase nos objetivos) complementasse a segunda (com ênfase nas competências) e vive-versa.

O que pode parecer, em certa medida, uma alternativa pedagógica maniqueísta, de fato não constitui, necessariamente, uma oposição entre objetivos e competências, mas uma proposta que se apresenta como viável contribuição ao processo de inovação curricular. Entretanto, caso não seja radicalmente concebida e implementada como uma estratégia de transição, tal alternativa corre o risco de ser confundida com uma negação das experiências metodológicas progressistas já legitimadas no âmbito da educação em geral e, especial, da educação médica.

No caso da inserção do ensino de bioética no currículo da graduação médica, romper a tradição curricular abruptamente talvez não seja a opção mais apropriada, devido aos problemas de exclusividade ou predominância de conteúdos éticos tradicionais - de cunho acentuadamente deontológico -, de prevalência dos aspectos técnico-instrumentais sobre os ético-humanistas, de qualificação em bioética para os docentes e de adesão discente aos conteúdos bioéticos, para citar alguns dos obstáculos que podem justificar uma estratégia pedagógica de transição na reforma curricular com vistas à inovação.

CAPÍTULO II

A BIOÉTICA E O ENSINO DE BIOÉTICA

A bioética pode ser considerada uma jovem senhora da filosofia moral, pois estando no cenário mundial como a conhecemos hoje, há pouco mais de trinta anos, já lhe tem sido dedicada uma produção acadêmica significativa e, à medida que se desenvolve como uma ética aplicada aos desafios das sociedades contemporâneas, cada vez mais amplia o seu âmbito de atuação, principalmente para os campos da Medicina, da Saúde Pública, e, de maneira geral, das Ciências da Vida. Neste caso, o ensino sistematizado que dela se ocupa é, também e ainda, um processo em construção.

2.1 - A bioética como exercício competente da autonomia

Enquanto campo de conhecimento aplicado, a bioética chegou ao Brasil há pouco mais de vinte anos, ou seja, já na segunda metade dos anos 1980, mais de uma década e meia após as publicações de *Bioethics: the science of survival* (POTTER, 1970) e *Bioethics: bridge to the future* (POTTER, 1971). A primeira, um artigo do bioquímico e oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter (1911-2001) que é considerado o marco do surgimento do neologismo *bioética*; a segunda, uma coletânea de artigos do mesmo autor amplamente recepcionada como um clássico da bioética mundial.

Propondo-se a ser uma alternativa teórico-instrumental para a descrição/análise e a prescrição/proscrição de conflitos e dilemas morais originados das ações humanas (diretas ou indiretas) sobre humanos, sobre outros seres vivos e, também, sobre seus *habitats*, a bioética chegou aos países do cone sul, especialmente ao Brasil, com cerca de uma década de “atraso” em relação aos EUA e à Europa.

2.1.1 - O descompasso entre e em bioética

No entendimento do bioeticista Volnei Garrafa, somente nos anos 1990 inicia-se o processo de estruturação orgânica da bioética brasileira, o que o levou a considerá-la uma “bioética tardia” (GARRAFA, 2000). Não obstante, a bioética tem se mostrado atraente tanto para leigos como para estudiosos e, com isto, tem sido contemplada com progressivos e constantes eventos - congressos, seminários, jornadas e cursos de extensão - a respeito de seus principais temas, que discutem o campo propriamente dito, sua legitimidade, seu estatuto, seu lugar nas ciências.

Entretanto, quando se trata do objeto “ensino de bioética”, o fenômeno não se reproduz na mesma proporção, pois, curiosamente, embora já exista uma consistente produção sobre *o que* (conteúdos) se deve ensinar em bioética, o número de trabalhos sobre *como* (metodologia, organização do ensino etc.) se ensinar bioética parece ser insuficiente, em especial quando comparadas quantitativamente as produções relativas a cada um destes dois objetos.

Neste sentido, o *VI Congresso Brasileiro de Bioética e o I Fórum Brasileiro de Educação em Bioética* (SBB, 2005), realizados em 2005, são ilustrativos. Em 319 (trezentos e dezenove) trabalhos apresentados, 55 (cinquenta e cinco) tratam da formação ética de maneira geral. Sendo que, destes, 50 (cinquenta) referem-se ao ensino da ética e/ou bioética em cursos de pós-graduação ou de graduação que não os da área médica, além de cursos de ensino médio ou mesmo de experiências comunitárias isoladas. Dos 5 (cinco) trabalhos restantes, 3 (três) relacionam-se ao ensino da ética médica tradicional conjugada com a bioética (como uma mesma disciplina) e apenas 2 (dois) tratam, delimitadamente, do ensino da bioética (desvinculada das éticas tradicionais) no currículo da graduação médica brasileira.

Mesmo com uma possível vinculação entre algumas das orientações contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (MEC, 2001) da medicina e alguns conteúdos da bioética, a inclusão dos saberes bioéticos no currículo médico acontece de forma lenta e fragmentada. Corresponde ao ritmo do processo de

implantação das próprias Diretrizes Curriculares Nacionais que, em geral, têm encontrado resistência e, no caso da medicina, já se arrasta por seis anos, provocando uma defasagem de tempo entre o necessário (legalmente previsto) e o possível (parcialmente realizado), relativa às desejadas inovações curriculares na formação do profissional médico no Brasil.

Dentro deste contexto, no qual a bioética torna-se central como referência para a formação e a prática na medicina, é fundamental evidenciar alguns dos seus conceitos e concepções, tomando-os como ponto de partida para a reflexão acerca da formação moral oferecida pelo atual ensino médico.

2.1.2 - Da moral à ética e da ética à bioética

As definições de bioética são tantas e tão diversas que se pode encontrar desde a simplória “ética da vida”, que - se não está dentro do - beira o senso comum até formulações complexas de elevado grau teórico.

Os estudiosos do campo ainda não chegaram a um consenso em torno do conceito de bioética (SCHRAMM, 2001); dividem-se quando se propõem a definir o que é a bioética.

Pretendendo a delimitação do seu campo bioético, alguns autores asseveram que a bioética é uma disciplina consolidada e pertencente ao âmbito da filosofia moral, como se pode deduzir das veementes palavras de Lepargneur (1996):

Recusamos o conceito de bioética como disciplina em formação que iria constituir aos poucos seu corpus científico. Aderimos plenamente, entretanto, ao conceito de bioética como disciplina: disciplina de um certo confronto (sem problema pendente e controverso à bioética) que aceita o diálogo leal e esclarecido entre visões inicialmente divergentes (LEPARGNEUR, 1996. p. 13-14).

Esclarecendo melhor a sua compreensão da bioética e o “novo conceito” por ele proposto, o autor chega a falar em bioética entendida como “(...) o lugar

virtual, mas disciplinado, do encontro das dificuldades emergentes no tocante às modalidades modernas da vida humana” (LEPARGNEUR, 1996. p. 15).

Ao contrário de Lepargneur, outros teóricos defendem que a bioética pode ser recepcionada como um novo campo do saber, sob o argumento de que este não se resume a uma mera evolução seqüencial da ética. Ao contrário, constitui-se em uma nova resposta aos também novos desafios deflagrados na segunda metade do século XX, ou o melhor, em uma resultante de saberes diversos, como parece indicar a síntese de Pegoraro (2001):

(...) a bioética, entendida como lugar comum à Ciência e à simbologia, pode ser um novo marco para a renovação dos estudos éticos, conferindo-lhes mais concretude, mais mordência sobre a realidade da vida, sem abstrair das profundas raízes filosóficas, religiosas, políticas e jurídicas. Numa palavra a bioética pode representar um excelente ponto de encontro entre teorias e práticas cotidianas (PEGORARO, 2001. p. 46-61).

Ao que vem se somar a voz de Molina (2003) que, por sua vez, evidencia fortemente a bioética como uma boa nova ainda em construção:

A bioética é um processo, um movimento, e não uma solução final, e, que apesar de ser intrinsecamente ligada à Ética e portanto à Filosofia, é um novo Saber, mais pragmático, que está ainda sendo construído, pretendendo ser um instrumento poderoso, tanto na construção quanto na divulgação e aplicação do conhecimento, visando à construção de uma sociedade mundial mais justa, fraterna, livre, feliz e ecologicamente equilibrada e sustentável (MOLINA, 2003. p. 26).

A compreensão da bioética como disciplina que, emergida de um contexto multicultural, se configura simultaneamente em uma mobilização sociocultural e um espaço apropriado à dialética dos saberes, é compartilhada por Fortes & Zaboli (2003), tendo em conta que ela é

(...) ao mesmo tempo uma disciplina acadêmica e um movimento cultural, fruto das repercussões sociopolíticas e culturais do desenvolvimento tecnocientífico e político-social ocorrido na segunda metade do século XX, período posterior à Segunda Guerra Mundial, no qual se desenvolveram as denominadas éticas aplicadas: a ética aplicada na política, a ética nos negócios, a ética ambiental e a bioética. Seu nascimento se deu em período de extrema efervescência de transformação de costumes e valores, coetâneo aos

movimentos sociais ecologistas, feministas, das minorias raciais e sexuais (FORTES & ZABOLI, 2003. p.11).

Por suas particularidades e contextualização, concordamos com a idéia de bioética como disciplina, detentora de ferramentas específicas, embora, também a entendamos como um campo interdisciplinar, um *locus* convergentemente dialógico de vários saberes que, justamente devido a sua vocação para a interdisciplinaridade, tende a ser um permanente e inacabado processo de construção epistemológica⁴, uma espécie de “campo especial de articulação da moral” (VÁSQUEZ, 2006. p. 164).

Portanto, em uma perspectiva pedagógica de particular interesse para este trabalho, vale ressaltar que quaisquer destas definições conceituais devem considerar as noções de inter e transdisciplinaridade - relativas à produção e à transmissão do saber - como possíveis norteadoras da organização do ensino (FONTES, 1999), visto ser a própria bioética um “produto típico da cultura da segunda metade do século XX” que deve, entre outros desafios da contemporaneidade, tratar da “procura de um método - indicado pelos termos ‘interdisciplinaridade’ e ‘transdisciplinaridade’ - (...)” supostamente restabelecendo dos vínculos entre as culturas científica e humanística (SCHRAMM, 2002).

Antes de enveredar pelos caminhos das várias definições da bioética, cabe explicitar nosso entendimento das associações conceituais entre moral, ética e bioética. Parafraseando Miguel Kottow, quando alega que “a deliberação ética precede à vinculação regulativa ou mesmo legal” (KOTTOW, 2005. p. 20) - embora este seja um imperativo muito mais desejável do que factual - pode-se dizer que, historicamente, a moral precede à ética que, por sua vez, precede à bioética, o que não significa estabelecer, necessariamente, uma relação de hierarquia entre elas (o que implicaria na subordinação de uma em relação à outra).

⁴ Sobre o estatuto epistemológico da bioética, Volnei Garrafa, Miguel Kottow e Alya Saad organizaram a coletânea *Estatuto epistemológico de la bioética*, publicada no Brasil pela Editora Gaia sob o título Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano.

Entretanto, é identificável uma sutil distinção entre os significados de ética e moral, se analisados os sentidos etimológicos das duas palavras, sentidos estes marcados pela gênese histórica de cada uma na antiguidade, quando do nascedouro conceitual dos termos *ethos* (grego) e *mos* (latim) e, depois, ao longo de sua evolução no tempo.

Segundo Garrafa (1998), os gregos atribuíam ao termo *ethos*, do qual deriva a palavra ética, os sentidos de “modo de ser” ou “caráter”, denotando a maneira de viver praticada pelo ser humano. O mesmo autor observa que os romanos, por sua vez, davam ao termo *mos*, do qual se origina a palavra moral, também um sentido de “costume”, designando “coisa habitual para um povo”. Schramm (2002) reforça que o *ethos* também pode ser entendido como “‘costume’ que regula a vida em comum dos humanos e ‘caráter’ do agente moral”. Portanto, na antiguidade, ambos os termos receberam significados, senão idênticos, ao menos aproximados.

Contudo, não encontrando uma exata versão latina para o *ethos* grego, os romanos passaram a generalizar a utilização do termo *mos* ou *mores* (no plural), ampliando o seu significado para o formalismo legal, um sentido “que direciona ao aspecto jurídico e não ao natural, a partir da antiga polarização secularmente verificada, e especialmente forte naquela época, entre o ‘bem’ e o ‘mal’, o ‘certo’ e o ‘errado’, o ‘justo’ e o ‘injusto’ (GARRAFA, 1995. p. 20-24).

A ética, concebida como um pensar filosófico acerca das ações e finalidades humanas (ARISTÓTELES, 1973) ou como “uma espécie de ‘ciência’ da moral” (GARRAFA, 1998), à proporção que se dedicou ao estudo sistemático das práticas e das ações morais, influenciou-as e influenciou-se por elas. Já a bioética, entendida como um produto da contemporaneidade, parece resultar exatamente do exercício de interação entre o teórico-filosófico (configurado na ética) e o prático-tecnológico (configurado na biotecnociência), entre as denominadas éticas aplicadas, como resposta crítica “a insuficiência das éticas tradicionais, as quais, quando não estavam baseadas mais na fé do que na razão, se reduziam a códigos profissionais” (SCHRAMM, 2002).

Se, *grosso modo*, a moral pode ser entendida como o objeto de estudo do campo da ética, deduz-se que foi também o seu nascedouro; da mesma forma que a ética, conjugada com a biotecnociência, o são da bioética. Tal engendramento histórico apresenta-se como fundamental à compreensão das possíveis e atuais interações entre a moral, a ética e a bioética com vistas ao exercício competente da autonomia por parte do indivíduo em formação.

2.1.3 - Bioética: um campo, algumas delimitações e várias definições

Com o objetivo de elucidar o conceito de bioética quanto a sua abrangência, Schramm (2002) classifica as muitas concepções existentes em dois grandes blocos diametralmente opostos: o grupo *stricto sensu*, que concebe a bioética como “ética referida às ações humanas que podem ter efeitos negativos sobre homens e mulheres”; e o grupo *lato sensu*, que a concebe, por exemplo, como uma “ética planetária”, referida aos “efeitos daninhos que podem resultar dos atos humanos sobre a vida humana individual, a vida social e cultural, a biosfera e a ecosfera como um todo”.

Com isto, de certa forma, o autor polariza grande parte das definições de bioética em dois extremos: um pólo que é visto como generalista por se constituir de concepções de bioética muito amplas, como a que se define por uma “ética da vida”, considerada redundante, pois não há ética que não seja da vida, e por sugerir que “o bioeticista seja um especialista que, paradoxalmente, deveria conhecer o todo da vida para tornar-se especialista”; e o pólo oposto, considerado reducionista por admitir concepções que confundem a bioética (e as éticas aplicadas em geral) com uma “adaptação das antigas deontologias”, como é o caso da identificação equivocada da bioética com a tradicional ética médica.

Isto posto, Schramm identifica o “espaço do meio”, entre “os dois extremos do espectro das concepções de bioética”, como possível de comportar uma concepção capaz de dar conta do enfrentamento dos conflitos morais do presente e, quiçá, do futuro, por ser “suficientemente abrangente” e

“pertinentemente delimitado”, ao que ousamos observar que, embora sob uma medida de abrangência delimitada, *mutatis mutandis*, tal “espaço” não deve ser entendido como excludente nem das questões gerais nem das questões específicas. Sobretudo, deve ser visto como um *locus* dialógico e mediador da diversidade de pensamento em bioética, uma vez que o campo surgiu e, cada vez mais, cresce contaminado pela interdisciplinaridade.

Com base nestas reflexões, Schramm (2002) propõe a bioética como uma “ferramenta’ ao mesmo tempo conceitual e pragmática, quer dizer, ao serviço seja da análise seja da resolução dos conflitos e [do enfrentamento dos]⁵ dilemas morais que surgem com as práticas no campo das aplicações das Ciências da Vida e da Saúde”.

Encontram-se inúmeras definições para bioética. Sanches (2004) define-a como “a ciência do comportamento moral dos seres humanos diante de toda intervenção da biotecnociência e das ciências da saúde sobre a vida, em toda a sua complexidade”. Em uma dimensão mais ampla, Bellino (1997) assim a situa:

O âmbito problemático da bioética não envolve só a responsabilidade dos médicos, dos cientistas biotécnicos, mas também as decisões e o destino de cada homem, as responsabilidades políticas e culturais da coletividade e por isso vai além do âmbito da deontologia pura profissional e da ética médica (BELLINO, 1997).

Já a definição formulada por Segre (2002), ao contrário da de Bellino, restringe a bioética a uma “parte da ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto, à saúde), (...) tendo a *vida* como objeto de estudo, trata também da *morte* (inerente à vida)”.

Numa tentativa de síntese, porém não sem antes sinalizar que a definição de bioética “é um empreendimento arriscado”, os autores do Dicionário da Bioética (HOTTOIS & PARIZEAU, 2002) atribuem à palavra bioética o significado de “conjunto de investigações, de discursos e de práticas, geralmente

pluridisciplinares, tendo como objeto clarificar ou resolver questões de alcance ético suscitadas pelo avanço e a aplicação de tecnociências biomédicas”. Ao que acrescentamos todas as outras tecnociências que, prática ou potencialmente como meios das ações humanas, são capazes de provocar conseqüências consideráveis para os humanos e os outros viventes em geral.

A formulação de Hottois & Parizeau remete ao caráter, ainda, interdisciplinar⁶ da bioética - que tem como um dos seus desafios a superação deste estágio por meio da transdisciplinaridade⁷ - como se pode verificar nas palavras dos dois autores que, depois de especificarem o que a bioética não é, procuram situá-la epistemologicamente:

A bioética não é, para falar com propriedade, nem uma disciplina, nem uma ciência, nem uma ética novas. A sua prática e o seu discurso situam-se na interseção de várias tecnociências (principalmente a medicina e a biologia, com suas múltiplas especializações), de ciências humanas (sociologia, psicologia, ciência política, psicanálise) e de disciplinas que não são exatamente ciências: em primeiro lugar a ética, a filosofia e a teologia (HOTTOIS & PARIZEAU, 2002).

Molina (2003) chama a atenção para o fato de que a Enciclopédia de Bioética dedica 16 páginas à definição da palavra bioética, o que indica a quase impossibilidade de um conceito unívoco acerca do termo bioética. Como as definições de bioética são muitas e isto dificulta a adoção de um conceito que dê conta da abrangência e delimitação do campo, parece-nos razoável que se busque a coerência e o sentido lógico em todas as abordagens disponíveis, além dos consensos mínimos entre as diversas concepções de bioética existentes.

⁵ O acréscimo entre colchetes é nosso. Dilemas caracterizam-se por não acatarem uma solução, portanto, são impasses que, nem por isto, deve-se evitar enfrentá-los. Alguns conflitos podem ser confundidos com dilemas, porém, a rigor, se há a solução não há dilema.

⁶ Em geral, tratada como a interpenetração de métodos e de conteúdos entre disciplinas que trabalham conjuntamente em torno de determinado objeto, buscando uma síntese. Especialistas procuram descobrir e/ou estabelecer conexões e correspondências entre suas disciplinas, instaurando um novo nível de discurso, buscando unificar ou sintetizar conhecimentos científicos pela construção de linguagem comum (FONTES, 1999).

⁷ Está para além da integração das disciplinas, transcendendo-as com base no diálogo permeado por diferentes configurações epistêmicas. Na multidisciplinaridade e na interdisciplinaridade encontra-se o modelo cartesiano-newtoniano como base de seu referencial; na transdisciplinaridade procura-se transcendê-lo (FONTES, 1999).

Assim, para efeito deste estudo, optamos pelo entendimento de que a bioética é, sobretudo, um campo interdisciplinar que tem como objeto os conflitos e os dilemas morais constituídos a partir das ações humanas que, direta ou indiretamente, são ou podem ser a causa de efeitos significativos e irreparáveis para os humanos e/ou para outros viventes, incluídos os seus *habitats*.

E mais: que a bioética é uma ética aplicada que busca, entre outros desafios, dialogar com a ética tradicional (em especial a ética médica e a deontologia); portanto, além do caráter crítico-reflexivo, tem também um caráter instrumental, configurado na chamada “caixa de ferramentas” (SCHRAMM, 2002) da bioética.

2.2. – Algumas proposições da bioética brasileira

Buscando proporcionar um resumido panorama da bioética de nosso país, além de estabelecer uma maior aproximação entre o conceito bioético aqui assumido e o contexto estudado, optamos por descrever sinteticamente as principais proposições teóricas formuladas pelos bioeticistas do Brasil, apresentadas como alternativas de solução dos conflitos e de enfrentamento dos dilemas morais inerentes à nossa realidade, visto que, em princípio, tais formulações podem contribuir para uma melhor compreensão da problemática brasileira por parte do estudante de medicina.

2.2.1. – A bioética crítica de inspiração feminista

Tendo como principais expoentes a antropóloga Débora Diniz e a enfermeira Dirce Guilhem, no Brasil, a bioética crítica de inspiração feminista surgiu formalmente nos anos 1990, vindo a se configurar numa resposta à insuficiência da bioética principialista para elucidar as questões morais relativas à construção social do papel da mulher. Nas palavras de Diniz & Guilhem (2002), “não era preocupação ou mesmo anseio da bioética feminista constituir-

se na contrapartida crítica das teorias principialistas, apesar de tal fato estar a cada dia se consolidando”.

Entretanto, à medida que faz o seu percurso teórico e, cada vez mais, assume criticamente a influência do feminismo, esta abordagem reforça a sua determinação em não limitar seu raio de investigação aos problemas morais estritos à mulher, mas ampliá-lo para as questões bioéticas em geral, sempre sob a ótica da bioética feminista.

A proposta da bioética feminista não era apenas a incorporação do feminismo às idéias bioéticas imperantes, ou seja, não se restringia a entrada de estudos feministas no campo da ética aplicada. A força da bioética de inspiração feminista concentrou-se na perspectiva crítica do feminismo – isto é, o olhar crítico sobre as desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero – como um agente potencial de provação dos pressupostos universalistas e abstratos da teoria principialista (DINIZ & GUILHEM, 2002. p. 57).

A bioética de inspiração feminista agrega uma importante contribuição ao campo bioético, pois coloca em tela alguns aspectos inerentes aos conflitos morais que, até então, estavam relegados ao esquecimento ou a uma condição secundária, tal como no caso das novas tecnologias reprodutivas: a mulher se submete ao tratamento reprodutivo, exercitando a sua autonomia, ou é a ele submetida, “reproduzindo os papéis hegemônicos remetidos às mulheres, em que a maternidade é quase um imperativo social” (DINIZ & GUILHEM, 2002. p. 58).

Contemplar, durante a formação médica, aspectos como o acima mencionado, pode contribuir significativamente para que o egresso desenvolva uma moralidade socialmente consciente.

Débora Diniz (2003) observa que “é preciso uma revisão do ensino médico a partir das perspectivas de gênero”, acreditando que “o incremento da sensibilidade de gênero no ensino da Medicina formará médicos e médicas com maior habilidade para a compreensão do sofrimento humano” (DINIZ, 2003. p. 170).

2.2.2. – A bioética da reflexão autônoma ou bioética autonomista

Adotando como base argumentativa interessantes analogias entre autonomia, ética e ego e, também, heteronomia, moral e superego, esta abordagem pressupõe que a autonomia do sujeito é a determinante primordial de sua atuação coerente no mundo, porém, não se deve interpretar tal pressuposto no sentido de hegemonia, como bem esclarecem Cohen & Segre (2002) em nota à 3ª edição de seu livro “Bioética”:

Os autores não desejam que se confunda sua crença na possibilidade de toda pessoa ter condições de ‘caminhar no sentido de uma reflexão autônoma’ com o superdimensionamento do princípio da autonomia, este último pragmático, criado para dar resposta a demanda ético-sócio-jurídicas e que será muitas vezes suplantado pelos outros princípios, como, por exemplo, quando o interesse pelo ‘coletivo’ supere os anseios da individualidade (princípio de justiça) (COHEN & SEGRE, 2002. p. 11-12).

Na abordagem autonomista, a moral é vista como exterior e a ética como interior ao sujeito, isto é, a moral é entendida como heterônoma e atua por meio do superego (normativo, repressor e punitivo). Caracterizando-se por valores não questionados, a moral assim entendida, é uma imposição e à transgressão às suas regras corresponde o castigo.

Por constituir-se em um movimento de fora para dentro em conexão direta com o superego, a moral pode ser apreendida “pelas representações de palavras, sendo que os seus conteúdos provêm das percepções auditivas, das normas, das ordens e das leituras, ou seja, do mundo externo ao indivíduo” (COHEN & SEGRE, 2002. p. 20).

A ética é interpretada como autônoma e associada ao ego. Neste caso, o que conta é a percepção do indivíduo em relação ao conflito que, interagindo emoção e razão, pode fundamentar e construir seu próprio posicionamento de maneira coerente frente ao mesmo, o que lhe exige 3 (três) pré-requisitos: “1. percepção dos conflitos (consciência); 2. autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que esta escolha de posição é ativa e autônoma); 3. coerência” (COHEN & SEGRE, 2002. p. 21).

Em síntese, autonomia, ética e ego vinculam-se entre si e contrapõem-se a heteronomia, moral e superego que, por sua vez, também estão entre si imbricados.

A contribuição mais significativa para o campo bioético que identificamos na bioética autonomista, é a inserção de conceitos da psicanálise como subsídio a elucidação dos conflitos morais no indivíduo. Este viés de análise bioética pode, em grande parte, enriquecer a preparação do estudante para lidar com os problemas de decisão moral durante a sua futura prática médica.

2.2.3. – A bioética de intervenção

A bioética de intervenção, também nominada bioética dura, bioética forte ou *hard bioethics*, vem sendo formulada por um grupo de bioeticistas liderados pelo odontólogo Volnei Garrafa, tendo como marca característica o repúdio à importação descontextualizada, acrítica e apolítica de teorias éticas incompatíveis com a realidade dos países em desenvolvimento. Defende a intervenção em favor dos socioeconomicamente desfavorecidos como um dever irrenunciável do Estado.

As duas principais categorias da bioética de intervenção são a “bioética das situações persistentes” e a “bioética das situações emergentes”, versões garrafiadas respectivamente inspiradas nas categorias berlinguerianas “bioética cotidiana” e “bioética das situações limites” ou “de fronteira” (BERLINGUER, 2004), como são assumidas pelo próprio Volnei Garrafa em uma resenha do livro “Bioética cotidiana” de Giovanni Berlinguer:

No Brasil, mais especificamente na Cátedra UNESCO de Bioética da UnB, têm sido usadas as expressões ‘bioética das situações persistentes’ e ‘bioética das situações emergentes’, dentro de uma linha de pensamento que busca amparo na historicidade dos fatos, para o que Berlinguer denomina de “bioética cotidiana” e de “bioética das situações limite” ou “de fronteiras” (GARRAFA, 2005. p. 334).

De modo que a primeira destas categorias diz respeito à

(...) historicidade das condições que teimosamente persistem entre as sociedades humanas desde a antiguidade, a exclusão social, a discriminação da mulher, o racismo, a inequidade na alocação e distribuição de recursos de saúde, o abandono de crianças e idosos, o aborto, a eutanásia, entre outras (GARRAFA & PORTO, 2003. p.36).

E a segunda categoria é relativa às

(...) questões decorrentes do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que surgiram (emergiram) nos últimos cinquenta anos, entre os quais as novas técnicas de reprodução (incluindo a clonagem reprodutiva e a terapêutica), o Projeto Genoma Humano e os avanços no campo da engenharia genética, os transplantes de órgãos e tecidos humanos etc. (GARRAFA & PORTO, 2003. p.36).

Esta abordagem defende como justificável uma espécie de *intervenção solidária* por parte do Estado, tanto no campo público e coletivo como no campo privado e individual, desde que considerada as “necessidades das maiorias populacionais excluídas do processo desenvolvimentista” (GARRAFA & PORTO, 2003) e por meio de uma revisão de vários dilemas historicamente acomodados, tais como:

(...) autonomia versus justiça/eqüidade; benefícios individuais versus benefícios coletivos; individualismo versus solidariedade; omissão versus participação; mudanças superficiais e temporárias versus transformações concretas e permanentes”, entre outros (GARRAFA & PORTO, 2003. p.36).

Embora detentora de um discurso fortemente marcado pelo social, a bioética de intervenção é, muitas vezes, entendida como uma proposta autoritária e/ou paternalista.

De nossa parte, concluímos que o respeito às liberdades individuais e coletivas é um dos seus pressupostos mais evidentes, que permeia todo o discurso intervencionista. Porém, este mesmo discurso enfatiza a responsabilidade estatal para com os sujeitos sociais em condições desiguais de qualidade de vida, o que impõe à proposição em referência que reafirme, cada vez mais, o papel do Estado como uma tutela responsável e respeitosa dos excluídos, principalmente valorizando a fundamentalidade dos direitos humanos.

Mesmo que a diminuição das injustiças requeira atuação enérgica por parte dos governos, tal prática não pode, em hipótese alguma, suprimir as instituições democráticas já consagradas socialmente. É a abordagem da própria bioética de intervenção, por meio de seu mais eminente interlocutor, que ratifica o acima exposto: “a igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos mais elementares, cujo objetivo futuro é o reconhecimento da cidadania” (GARRAFA & PORTO, 2003. p. 38). Neste sentido, a “força” ou a “dureza” intervencionista do poder público deve traduzir o exercício da autoridade e não do autoritarismo.

Por seu caráter destacadamente social, a contribuição da bioética de intervenção para a educação médica, pode consistir, em especial, no fomento à apreensão crítica dos problemas morais ligados à saúde coletiva e às situações de desigualdade social entre pessoas, grupos sociais e, mesmo, povos, comumente ignorados ou relegados a um plano secundário no currículo da graduação médica.

2.2.4 – A bioética da proteção

A bioética da proteção, abordagem desenvolvida pelo filósofo Fermim Roland Schramm e pelo médico Miguel Kottow, caracteriza-se por uma contundente problematização das concepções que predominam na bioética de origem anglo-americana, em especial, a que dedica atenção destacada aos conflitos éticos oriundos da relação médico-paciente, ignorando as questões relativas à saúde pública.

Schramm (2003) justifica, por meio do viés da saúde pública, a pertinência dos pressupostos defendidos pela bioética da proteção, tendo em vista

(...) a necessidade de termos uma concepção de bioética que evite, por um lado, o ‘reducionismo’ do olhar biomédico (quando utilizado fora do contexto do encontro clínico) e, por outro, a ‘generalidade’ do olhar biocêntrico (quando utilizado sem a capacidade de articular os

problemas éticos gerais da biosfera com os da saúde populacional (SCHRAMM, 2003. p. 72).

Também de cunho marcadamente social, a abordagem da proteção explícita, especialmente por meio da sua produção inicial, a vinculação à saúde pública. Vê na figura do Estado o agente detentor do dever de “(...) oferecer a seus cidadãos os cuidados em saúde necessários, deixando a cada um a liberdade de aceitá-lo ou não e de tomar individualmente as decisões sobre o estilo de vida desejado” (SEN, 2000 apud SCHRAMM, 2003. p. 82).

O poder público deve acatar a decisão do cidadão e respeitar a sua liberdade individual, exceto nas situações em que as medidas coercitivas se justifiquem pela ameaça iminente à saúde das coletividades humanas. Nestes casos, propõe-se como válido o “princípio de proteção do ‘corpo social’ contra a ameaça de grupos ou indivíduos que possam prejudicá-lo” (SCHRAMM, 2003. p. 83).

Neste sentido, proteção e paternalismo não se confundem, ainda mais quando a legitimização da prática estatal é obrigada a passar pelo crivo da coletividade, como prevê a bioética da proteção, o que nos leva a concluir que o delineamento da função do Estado é o ponto que destaca esta abordagem das demais e que melhor a distingue da *bioética de intervenção*, por exemplo, uma vez que esta identifica o papel estatal com o *poder de intervir* e aquela com o *dever de proteger*.

De maneira ampla, Schramm (2003) define saúde pública como “o conjunto de disciplinas e práticas que têm por objetivo a proteção da saúde das populações humanas em seus contextos naturais, sociais e culturais” para, então, estabelecer associações entre prevenção em saúde e “proteção ‘defensiva’, entendida como proteção *contra* o adoecimento”; e entre promoção da saúde e “proteção ‘proativa’, entendida como proteção em prol de estilos de vida considerados saudáveis ou não-prejudiciais, à qualidade de vida de uma população humana” (SCHRAMM, 2003. p. 74).

Entendemos que o resgate do conceito de Estado como cuidador (e não apenas como regulador) do cidadão é uma contribuição preciosa da bioética da proteção à educação em geral e, notadamente, à educação médica.

2.2.5 – A bioética na perspectiva da teologia da libertação

Propondo uma interface da teologia da libertação com a bioética como possibilidade de estabelecer o diálogo entre ciência e religião, a bioética na perspectiva da teologia da libertação defende a existência de pontos de reflexão comuns aos dois campos de saber.

Para o teólogo Márcio Fabri dos Anjos, seu principal interlocutor, tanto a teologia como a bioética precisam se libertar de determinados preconceitos, ainda mais quando uma das características do campo bioético é o diálogo interdisciplinar (ANJOS, 2003). Esta abordagem alega que resta ainda certa discriminação da teologia no diálogo bioético, sendo que o seu verdadeiro motivo permanece encoberto pelo próprio discurso epistemológico. Com isto, teologia e bioética arriscar-se-iam a um aprisionamento infrutífero à tradição isolacionista.

O que levaria então a discriminar a teologia neste diálogo? Não gostaríamos de menosprezar o papel das diferenças epistemológicas neste assunto. Mas queremos considerar aqui particularmente o jogo de poder implícito nos discursos e que eventualmente abriga também aspectos epistemológicos. E é por isso que colocamos este passo da reflexão em termos de libertação da teologia e libertação da bioética (ANJOS, 2003. p. 457).

O discurso desta abordagem bioética é fundamentado na noção de mística. Seu pressuposto é que, por significar razões e motivações ocultas que embasam os critérios, as propostas de atitudes, as argumentações e as normas (ANJOS, 2000), a noção de mística permeia os vários campos do saber e pode, também, ser interpretada como os ideais, as projeções utópicas ou as esperanças dos teóricos (ANJOS, 1997).

Para a concepção da perspectiva da libertação, as questões bioéticas podem ser organizadas em três dimensões interagentes: questões mini-sociais, questões midi-sociais e questões macro-sociais. As primeiras dizem respeito às

relações interpessoais entre familiares, entre médicos e acompanhantes, entre médicos e pacientes etc. As segundas referem-se às ações grupais e institucionais, como movimentos de grupos de sujeitos de pesquisa e de grupos de risco, por exemplo. E as terceiras são relativas às estruturas e aos sistemas da sociedade, inclusos os organismos estatais e políticos e as questões de alocação de recursos públicos (ANJOS, 1997).

Embora professemos a idéia de uma bioética laica, não podemos deixar de reconhecer a legitimidade e as contribuições da bioética na perspectiva da teologia da libertação. Acreditamos que, uma vez inseridos os seus conteúdos no currículo médico, estes poderão ajudar o futuro profissional a melhor relacionar-se com pacientes de marcada orientação religiosa e a compreender as suas motivações “místicas” diante de um conflito moral.

2.2.6 – A bioética feminista e anti-racista

A justificativa para uma bioética feminista e anti-racista se dá com base no fato de que, segundo Oliveira (1998 *apud* OLIVEIRA, 2003), “classe social, ser mulher ou homem e a ‘cor da pele’ fazem muita diferença na vida social”.

A argumentação mais contundente nesta abordagem é a de que negros e mulheres são integrantes de grupo em escandalosa desvantagem social, principalmente no que se refere ao acesso aos bens da vida. Neste caso, a bioética é entendida como um campo privilegiado para o enfrentamento destas questões, sendo necessário que os movimentos feminista e anti-racista mobilizem-se para, legitimamente, dela compartilhar.

Embora a bioética referende um ser humano que é uma abstração, paradoxalmente, é um campo epistemológico e um movimento social com explícita definição de combate à eugenia, além de abordar amplamente questões pertinentes aos direitos reprodutivos e à sexualidade, ainda que anti-racistas e feministas estejam ‘quase’ ausentes dos espaços oficiais da bioética no mundo (OLIVEIRA, 2003. p. 361).

A inclusão da polêmica e vergonhosa questão do racismo na pauta bioética destaca-se como uma contribuição significativa da bioética feminista e anti-racista ao campo. As problemáticas de classe, gênero e raça permeiam o fazer médico, exigindo do profissional um entendimento mínimo da complexidade envolvida nestas temáticas. Neste sentido, as discussões levantadas por esta abordagem podem enriquecer a formação moral do estudante de medicina.

Diante do exposto e concluindo este capítulo, quais seriam as prioridades do ensino de bioética? Ocupar-se da questão epistemológica da definição? Privilegiar a formação crítico-moral do estudante? Ou concentrar-se no aspecto instrumental da bioética durante a formação?

Eis indagações que, constantemente, podem e devem ser feitas durante a prática educativa, as quais, de forma geral, servem para nortear o currículo no que diz respeito à formação crítico-humanística do aluno.

No dizer de Vasquez (2006), a bioética deve cuidar para que não seja ela própria

reduzida a normas e procedimentos, que postulam racionalidade em um paradigma instrumental e estratégico e que resistem a uma fundamentação moral que possa compilar a memória e responder ao que há de melhor nas diversas tradições culturais da humanidade (VÁSQUEZ, 2006. p. 167-168).

Neste sentido, como forma de não se cair no puro tecnicismo nem apenas na reflexão pura, pode-se optar por um ensino que considere a pluralidade e a legitimidade das abordagens da bioética, a convergência dos saberes instrumentais e filosóficos que constituem o campo, além do desenvolvimento moral crítico e autônomo do estudante como elemento integrante do futuro profissional.

CAPÍTULO III

ENSINO DE BIOÉTICA E FORMAÇÃO MÉDICA

A organização curricular, até então predominante no ensino médico, foi implantada com base nas recomendações publicadas no Relatório Flexner (*Medical education in the United States and Canada*), em 1910.

Marcado principalmente pelo paradigma hospitalocêntrico deflagrado por Flexner, esse modelo de currículo enfatizou o *saber* técnico-científico e o *saber fazer* da prática médico-hospitalar, porém, tais conhecimentos foram (e, em geral, ainda são) rigorosamente delimitados na grade curricular sob a forma de disciplinas acadêmicas isoladas, constituindo-se em uma fragmentação dos saberes. Com isso, os espaços de discussão sobre as questões morais e valorativas na estrutura curricular, inerentes ao fazer em saúde, ficaram relegados a um plano menor.

Embora, os conflitos e os dilemas morais sejam, em grande parte, decorrentes das rápidas e constantes transformações por que, atualmente, passam as relações entre os indivíduos, os grupos e a sociedade em geral, a maioria das instituições formadoras ainda resistem a uma reforma curricular que, não se restringindo apenas à mudança, seja verdadeiramente pautada pela inovação.

Estas sucessivas reestruturações dos valores acabam por exigir, na prática do profissional médico, uma abordagem que implica em permanente atualização crítica de suas competências científicas (*saber*), técnicas (*saber fazer*) e morais (*saber conviver*) (REGO, 2005). Uma vez sustentada por saberes atualizados,

tal abordagem vai além do olhar clínico sobre a doença humana, e amplia-se em uma expansão multidimensional sobre o humano doente, passando a considerá-lo como um indivíduo detentor de valores e de subjetividade em constante interação com o meio (local) e o mundo (global).

Neste sentido, o ensino de bioética tem, no bojo de sua função social, um duplo desafio pedagógico: prover o estudante da chamada *caixa de ferramentas da bioética* e promover, com este estudante, a prática da reflexão crítica permanente acerca dos conflitos morais com os quais, provavelmente, há de se deparar no seu fazer em saúde.

Este trabalho aborda o ensino de bioética como uma possibilidade de inovação curricular na graduação médica, especialmente no que diz respeito à inclusão dos aspectos humanísticos a ele inerentes e reconhecidamente necessários na formação em medicina.

3.1 – Os objetivos do ensino de bioética na medicina

Em um exercício de reflexão sobre a razão de ser do ensino de bioética na graduação médica, pode-se indagar se a inserção dos conteúdos bioéticos deve contribuir para a formação de um “médico bioeticista” ou um “bioeticista médico”, o que, de imediato, remete às questões do tipo: o ensino de bioética deve ser disciplinar, associado ou transversal? Se disciplinar, a disciplina bioética deve ser obrigatória ou eletiva? Se transversal, como o corpo docente deve se preparar para tal prática educativa? Ou, ainda, se associado, qual o lugar dos conteúdos da bioética no bojo da disciplina principal? Qual a carga horária mínima a ser dedicada ao ensino de bioética? Enfim, questões que estão atreladas à maior ou à menor clareza das finalidades do ensino de bioética.

Compartilhamos a idéia de que a fundamentação bioética oferecida estudante de medicina pode ser concebida de forma a servir como base para que o futuro profissional médico venha, também, a ser um bioeticista. Entretanto,

defendemos que o objetivo primeiro do ensino de bioética deve ser proporcionar ao estudante as condições teóricas e práticas suficientes ao autodesenvolvimento moral, em especial ao que tange à sua capacidade de agir com autonomia crítica no mundo da vida e no mundo do trabalho, consciente de si mesmo e dos outros (SCHRAMM, 1998).

Tal agir pressupõe uma “competência lógico-lingüística” (PRODI, 1989 apud SCHRAMM, 1996. p. 34) que possibilite ao indivíduo indagar e produzir elucidacões acerca do viver humano, além de comunicá-las inteligivelmente, visto que “(...) a vida no humano torna-se sujeito e objeto de transformação projetual (técnica) e de interpretação (lingüística), pois faz parte da ‘necessidade’ de o humano fazer perguntas e construir respostas (...)” (SCHRAMM, 1996. p. 34). Neste sentido, interesses individuais e coletivos estão, simultaneamente, presentes e em evoluçãõ em nosso comportamento moral, como partes de nossa própria humanidade. De tal maneira que

(...) liberdade e necessidade, autonomia e heteronomia encontram-se vinculadas no humano que, vivendo, se constitui como ser de projeto, como ser cujo destino consiste em ter que transformar o mundo em que vive para sobreviver, sendo também responsável pelos seus projetos e realizações, inclusive pelos relacionamentos com os outros e com o próprio ambiente natural e sociocultural (SCHRAMM, 1996. p. 34).

Logo, pode-se concluir que, no que tange à formaçãõ sócio-moral, o desenvolvimento de uma consciência que abarque as questões do *eu* e dos *outros* depende, em grande parte, da clareza que o sujeito moral tem da sua condiçãõ permanente de indivíduo socioculturalmente inacabado (FREIRE, 2005).

3.1.1 - Entre o científico e o humanístico: um imperativo ético

Pode-se dizer que o ensino de bioética, assim como a educaçãõ moral em sentido amplo, é ainda um desafio para a educaçãõ brasileira. De forma geral, os dispositivos legais e legítimos para a efetiva implementaçãõ de um consistente ensino moral nos três clássicos níveis de formaçãõ já estão disponíveis, entre os quais destacam-se a Declaraçãõ Universal sobre Bioética

e Direitos Humanos – DUBDH (UNESCO, 2005), a Declaração da Associação Médica Mundial sobre a Educação Médica – DAMMEM (AMM, 2006), a Resolução nº 1.498 (CFM, 1998), as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (MEC, 2001) e os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN (MEC, 2001).

Mesmo não se referindo abertamente ao ensino de bioética, como no caso dos PCN, alguns destes documentos - em especial a DUBDH e as DCN – podem servir como base para a sistematização e a disseminação de conteúdos inerentes aos e compatíveis com os problemas morais da atualidade, inclusive nos ensinamentos fundamental e médio, além do superior.

A DUBDH e as DCN são orientações de cunho mais geral, caracterizadas por uma maior abrangência (como cabe aos documentos desse tipo e formato), em meio às quais aparecem as propostas de inclusão da bioética entendida como um tema transversal, em estreita articulação com a abordagem pedagógica de cunho social.

Tais proposições são louváveis e pertinentes, pois se espera que todo futuro trabalhador seja também um cidadão consciente de seus papéis profissional e social, sendo da maior importância que, de alguma forma e desde o *letramento* inicial, a reflexão moral perpassasse toda a sua educação. Porém, acrescenta-se que, quando se trata da educação profissional para atuar em determinados segmentos do mundo do trabalho (incluindo a medicina), não se pode subestimar a necessidade de uma instrumentalização de cunho técnico-prático, inclusive no que se refere ao âmbito da formação moral, aqui defendida pela via do ensino da bioética.

Observemos que, tratando-se de leigos, a competência para opinar e/ou decidir acerca de conflitos morais nem sempre vem precedida de instrumentalização específica, o que não invalida o seu direito ao exercício da autonomia.

Entretanto, no desempenho da função médica, espera-se que o profissional opine e/ou decida de forma contundente a respeito das questões morais surgidas durante a sua prática laboral, utilizando-se de argumentos consistentemente válidos e fundamentações coerentemente elucidativas.

Vale lembrar que não se propõe aqui sobrepor a formação técnico-científica à formação ético-humanística ou vice-versa. Além disto, a educação formal, por seu cunho de profundas implicações sociais, por si já pressupõe a integralidade da formação afinada com a complexidade dos tempos presentes. E, no caso da formação médica, tal pressuposto também não se invalida; ao contrário, reforça-se e torna-se, nas palavras de Rego (2005), “um imperativo ético”.

Outro aspecto que merece atenção cuidadosa é a suposta confusão fácil e enganosa entre o ensino da ética, da ética médica, da ética deontológica e, às vezes, até da medicina legal (vinculado à ética tradicional) e o ensino da bioética (vinculado às éticas aplicadas).

É comum que tanto as disciplinas relacionadas às éticas tradicionais como aquelas relativas às éticas aplicadas sejam descritas por meio de discursos, senão iguais, no mínimo semelhantes, além de os termos que as nomeiam serem freqüentemente utilizados para designar significados idênticos ou, ainda, aparecerem conjugados (como “ética médica e bioética” ou como “bioética e deontologia”) para designar uma mesma disciplina.

Cabe lembrar que as éticas aplicadas surgem com o intento de vincular o pensamento ético (teórico-filosófico) à prática moral (aplicação pragmática), redundando assim em uma verdadeira *práxis* (refletir sobre a ação e agir com base na reflexão). Por isto, não se estabelecem como a continuação da tradição ética, mas como uma razão crítico-prática que, sem desprezar o legado da tradição, com esta dialoga.

No caso específico do ensino de bioética na graduação médica brasileira, têm-se na literatura relatos de experiências que, olhadas do lugar da pedagogia, são positivas, embora pareçam não representar um estado da arte fidedigno, pois são casos esparsos e quantitativamente inexpressivos, se considerado o universo dos cursos de medicina do país. Sobre esta abordagem do ensino de bioética numa perspectiva pedagógica, trataremos no item seguinte.

3.2 - Autonomia moral e competência crítica no ensino de bioética

O debate sobre a melhor maneira de (ou mesmo, se é possível) ensinar ética e/ou bioética é recorrente no âmbito da educação médica brasileira (ÁVILA, 2002; GOMES, MOURA & AMORIM, 2006; NEVES, 2006). Não obstante, o ensino da bioética está recomendado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a qual define claramente qual o papel esperado por parte dos Estados: "(...) instruídos a envidarem esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como encorajar programas de disseminação de informação e conhecimento sobre Bioética" (UNESCO, 2005).

No Brasil, desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), homologadas pelo Ministério da Educação com a pretensão de orientar a formação técnico-científica conjugada com a ético-humanística, traçam as linhas gerais para a educação moral dos futuros profissionais médicos (MEC, 2001. p. 01-02). Segundo pesquisa de Rezende *et al* (2005) que estudou as DCN de cinco cursos da área da saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina e odontologia), a temática da bioética "está contemplada nas competências e habilidades gerais e específicas necessárias para a formação profissional". Neste sentido, as DCN fornecem um referencial básico para o ensino da bioética por meio do perfil do egresso nelas estabelecido.

Entretanto, apesar do prazo de três anos para o cumprimento deste dispositivo legal, somente em 2005, portanto, cerca de 4 (quatro) anos após a homologação das DCN é que, durante o *VI Congresso Brasileiro de Bioética*, realizou-se paralelamente o *I Fórum Brasileiro de Educação em Bioética*. Antes disto e mesmo antes da homologação das DCN, em dezembro de 1999, o grupo de bioeticistas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz-RJ, organizara o *I Simpósio Internacional de Bioética e Educação Médica*, iniciativa reconhecidamente importante no que tange ao âmbito da formação em medicina.

O I Fórum Brasileiro de Educação em Bioética configurou-se como um evento precursor ao tratar, pela primeira vez, especifica e exclusivamente das questões relativas à prática do ensino da bioética nos três níveis da educação formal (fundamental, médio e superior), problematizando, em uma perspectiva eminentemente metodológica, as experiências de inclusão dos conteúdos bioéticos nos currículos.

No material obtido deste Fórum, são presentes as indagações a respeito da organização mais adequada ao processo de ensino e de aprendizagem nos espaços em que a bioética se insere. Se já há dispositivos ressaltando a importância de os principais conteúdos bioéticos serem trabalhados em todos os níveis de ensino, há também algumas perguntas que parecem não querer calar: como ensinar bioética? Quem pode e deve ensinar bioética? Qual o lugar da bioética no currículo do curso de medicina?

Buscando, mesmo que preliminarmente, contribuir para a reflexão sobre estas indagações e, também, promover aproximações que ajudem a respondê-las, ainda que sem esgotá-las, recorreremos ao conceito crítico de competência proposto por Markert (2004) e aos chamados quatro pilares da educação (DELORS *et al*, 2002) para fundamentarem nosso entendimento destas questões.

Partimos, então, da idéia de formação integral ampla que privilegia preparar o aluno para o competente desempenho laboral como profissional e, integradamente, para o competente desempenho social como cidadão.

Segundo Delors *et al*, (2002) este profissional-cidadão deve reunir em si o *saber* (conhecimentos teóricos), o *saber fazer* (técnicas e habilidades práticas) e o *saber conviver* (atitudes sócio-morais conscientes) que, articulados no e pelo indivíduo resultem em um *saber ser* integral, autônomo e competente. Ou, ainda, reunidas e articuladas as competências teóricas ou científicas, as competências práticas ou técnicas e as competências morais ou comportamentais (todas no plural), mobilizadas conforme a necessidade de

adaptação e transferência, e manifestas em determinada situação-problema, resultem na competência (no singular) integral.

Para Markert (2004), estes saberes e/ou competências traduzem-se pelas dimensões das *ações instrumental* (conhecimento/qualificação), *estratégica* (organização/cooperação) e *comunicativa* (interação/comunicação), que integradas configuram-se na *competência crítica*.

Portanto, pressupondo a bioética como um saber aplicado aos conflitos e dilemas morais, o ensino de bioética não deve prescindir de e nem desprestigiar qualquer uma destas três dimensões estruturantes da competência do futuro profissional: a fundamentação teórica, a aplicabilidade prática e a consciência moral.

Neste caso, compactuando com Rego (2005), pode-se falar em bioética entendida como uma competência moral a ser desenvolvida durante a formação médica, já que a “capacidade do indivíduo fazer uso crítico da razão e desenvolver seu compromisso com os outros, com o respeito aos direitos humanos, com o diálogo e o respeito aos diferentes e às diferenças” (REGO, 2005. p. 39), depende não só da sua vontade, mas também da sua determinação em fazê-lo e da sua ação prática no cotidiano. De tal maneira que, ao articular as três dimensões supracitadas, o ensino de bioética pode atuar como promotor da formação do futuro profissional médico transformativo (MARKERT, 2004).

3.2.1 - A bioética como tema transversal do ensino médico

Falar sobre a transversalidade requer que se fale, preliminarmente, sobre a disciplinaridade. Após o marco do método cartesiano, o conhecimento foi organizado em blocos de saber, campos epistemológicos disciplinados por éticas, linguagens, discursos, códigos e métodos próprios, o que, conseqüentemente, exigiu a figura do especialista e a regulação legal das atividades em cada disciplina ou campo de saber.

Inevitavelmente, a escola adotou o mesmo modelo estrutural para o conhecimento sistematizado no currículo, o qual ainda prevalece.

Entretanto, alguns estudiosos questionam a perenidade do modelo cartesiano e apontam a sua insuficiência para compreender a realidade. Morin (2005), propõe uma abordagem epistemológica do objeto que considera as partes de um determinado todo como interdependentes e interagentes, além de conceber o todo como parte em interação com outros "todos" que, juntos, compõem outras totalidades. Desta forma, este autor opõe-se ao método cartesiano que, segundo o pensamento complexo, fragmenta o objeto de estudo e ignora elementos imprescindíveis à sua compreensão, por concentrar a observação em partes "isoladas", ao que denomina simplificação do objeto.

Na tentativa de suprir a lacuna deixada pelo pensamento cartesiano, surgem, então, a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, como estratégias metodológicas para o diálogo epistemológico entre disciplinas.

3.2.2 – Disciplinaridades: multi, inter e trans

Araújo (2003) conceitua estas variações metodológicas segundo o objeto de estudo. De acordo com este autor, a multidisciplinaridade se dá quando “um fenômeno a ser analisado solicita o aporte de vários especialistas para explicá-lo”; a interdisciplinaridade é o saber “comum a duas ou mais disciplinas ou campos do conhecimento”; e a transdisciplinaridade é atingida quando os objetos de estudo ou temáticas “ultrapassam a própria articulação entre as disciplinas” e deixam de ser, em parte ou no todo, exclusividade de uma ou outra destas disciplinas.

As definições conceituais supracitadas são, em certa medida, também preconizadas por Fontes (1999), para quem a multidisciplinaridade é a “associação entre diferentes disciplinas com objetivo específico de estudar um tema sob os diversos ângulos, sem qualquer tentativa de síntese”; a

interdisciplinaridade é a “interpenetração de método e de conteúdo entre disciplinas que se dispõem a trabalhar em conjunto em torno de determinado objeto de estudo, buscando uma síntese”; e a transdisciplinaridade é o que “vai além da integração das disciplinas, transcendendo-as com base no diálogo permeado por diferentes configurações epistêmicas”.

Desta feita, pode-se dizer que na organização disciplinar tradicional predomina o isolamento epistemológico; na multidisciplinaridade, há um agrupamento disciplinar, no qual interessa mais o objeto em si, na perspectiva ainda e de certa forma isolada de cada disciplina, do que o diálogo epistemológico; na interdisciplinaridade, há interesses por partes comuns do objeto de estudo e há, também, diálogo epistemológico restrito a estas partes; e na transdisciplinaridade há, até então, o desafio e o esforço epistemológico de transcender os limites do modelo cartesiano de disciplinaridade e a necessidade de instaurar um novo discurso científico, resultante de um verdadeiro salto qualitativo na interação entre as várias disciplinas.

3.2.3 - Transversalidade e temas transversais

Diante disto, cabe retomarmos as seguintes perguntas: a bioética pode ou deve ser ensinada como um tema transversal? Qual o lugar da transversalidade? É possível o trabalho com os chamados temas transversais por equipes de professores marcadas pela disciplinaridade tradicional ou, mesmo, pela multidisciplinaridade?

Comumente a transversalidade é associada à interdisciplinaridade, entretanto, antes de tentar explicitá-la e responder às indagações anteriores, talvez seja ilustrativo esclarecer que a transversalidade não é um novo método nem os temas transversais são novos campos disciplinares.

Em consulta ao Thesaurus Brasileiro da Educação (INEP/MEC, 2001), encontra-se que a transversalidade é uma “proposta didática que possibilita a

abordagem de conteúdos de forma integrada em todas as áreas de conhecimentos, por meio do conjunto de atividades educativas dentro e fora da sala de aula” e/ou, em um sentido mais aplicado, uma “possibilidade de se estabelecer, na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real (aprender na realidade e da realidade)”.

Então, pode-se dizer que a transversalidade assume um papel de capital importância, por se configurar numa prática educativa que, com base no interesse social comum, prioriza e privilegia determinados temas originados da própria coletividade, como se pode auferir da síntese conceitual a seguir:

A transversalidade deixa de ser apenas um pressuposto metodológico, de ‘entrecruzamento’ de conhecimentos, e passa a assumir também um pressuposto epistemológico, sobre que tipo de conhecimento devem a humanidade e a ciência produzir, e também como fazê-lo na instituição criada pela sociedade para educar as futuras gerações: a Escola (ARAÚJO, 2003).

Enquanto a transversalidade refere-se aos métodos e às técnicas de ensino, os temas transversais referem-se aos conteúdos que perpassam por várias ou por todas as disciplinas do currículo. Assim, os temas transversais são saberes dinâmicos que, longitudinalmente, atravessam outros saberes acomodados na grade curricular.

Para Araújo (2003), são “áreas de conhecimento que ‘atravessam’ os campos disciplinares”, embora não baste apenas a distribuição de um novo tema pelas disciplinas para que se caracterize a eleição de um tema transversal. Como prossegue o autor, as temáticas, para serem transversais, devem ser “contextualizadas nos interesses e nas necessidades da maioria das pessoas”, e não eleitas por se tratar de “conteúdos de natureza científica ou de interesse de pequenas parcelas da população”.

Logo, não há exageros em afirmar que, por seu caráter interdisciplinar, com vistas à transdisciplinaridade, e por suas proposições relativas aos conflitos e dilemas morais (atuais e futuros), decorrentes das práticas humanas sobre a

vida, a bioética no ensino médico pode ser entendida como um tema transversal e ensinada por meio dos pressupostos da transversalidade.

A isto acresce o fato de que, também por seu caráter de ética aplicada, a bioética pode ser “considerada uma ‘ferramenta’ conceitual e pragmática” (SCHRAMM, 2002) que incorpora as dimensões descritiva, analítica e prescritiva. E, como tal, traz em seu arcabouço uma série de recursos e procedimentos já consagrados pelo campo, ao que vem se convencendo chamar, como já afirmado, de “caixa de ferramentas da bioética”.

Estas características acabam por exigir do ensino de bioética uma profunda e, até certo ponto, ousada reflexão pedagógica. Diante do que propomos, como alternativa metodológica, a mescla entre as abordagens pedagógicas de cunho técnico-instrumental e disciplinar - como uma espécie de “municipamento” do estudante (conceitos, pressupostos básicos e ferramentas) - e a de cunho crítico-reflexivo e transversal.

3.3 - A competência moral no ensino médico

Historicamente, a educação moral do estudante de medicina é pautada pelo caráter deontológico e por ocupar, na organização curricular do curso de medicina, um lugar secundário em relação à formação técnica.

Para Rego (2005), já há um consenso de que a formação médica, entre outras formações da área da saúde, “é inadequada e incapaz de formar indivíduos com a adequada competência ética”. O autor chama a atenção para o fato de que a “discussão sobre a formação ética é considerada habitualmente como um subproduto da formação técnica” e, rechaçando tal concepção, propõe a adoção do conceito de competência aplicado ao âmbito da educação moral, o que consideramos viável como opção para o ensino de bioética na graduação médica brasileira.

É, pois, como condição possibilitadora do processo de inovação curricular, necessário que as faculdades de medicina atentem para o fato de que o paradigma hospitalocêntrico tende a sobrepor o saber técnico-científico ao ético-humanístico.

Com base nessa observação, as instituições formadoras podem, no mínimo, deflagrar uma evolução da prática educativa que rompa com a própria cristalização paradigmática, no sentido de considerar a técnica e a ética como elementos, no mínimo, igualmente fundamentais para formação do futuro profissional médico.

Em outras palavras, as escolas médicas precisam intervir pedagogicamente a fim de instaurar uma visão de futuro que vislumbre o profissional e o cidadão como dimensões indissociáveis, encontráveis no mesmo ser humano que, em permanente desenvolvimento, para entender e fazer-se entender no contexto contemporâneo e futuro, precisa, sobretudo, estruturar a consciência sobre si e sobre os outros.

Enfatizar esta necessidade urgente justifica-se pelo fato de que a associação entre bioética e competência, em sentido pedagógico, está inequivocamente relacionada aos pressupostos da educação permanente (FURTER, 1975. p. 105-153), compreendida como *saber ser* integral que, por sua vez, implica o *aprender ser* (DELORS *et al*, 2002) como um posicionamento frente aos desafios e incertezas da atualidade e do futuro.

A bioética e a competência, a primeira por sua aplicabilidade pragmática e a segunda por sua manifestabilidade resolutiva, ambas enfocam e convergem para a ação prática e são por ela mobilizadas. A ação prática, por sua vez, configura-se em uma reação requerida pelas permanentes transformações por que passa a realidade objetiva, ou seja, a situação desafiadora ou situação-problema está para a competência assim como o conflito ou o dilema está para a bioética.

Portanto, frente a constante mutabilidade biotecnocientífica, a atitude de dúvida e desconfiança conjugada com a busca incessante pelo saber, em princípio, caracterizam o indivíduo que vivencia o *aprender ser*.

Entretanto, deve-se ter em conta que o *aprender ser* e/ou o *saber ser*, interpretados como elementos interdependentes e mutantes que constituem o interminável processo do desenvolvimento humano, exigem consciência de que

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido, percebido. Não se produz mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o desconforto e depois a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (FEURWERKER, 2004).

3.3.1 – Por que o ensino de bioética como meio de desenvolver a competência moral?

Assumir que o ensino de bioética pode atuar precipuamente como via de desenvolvimento da competência moral, funda-se na característica da bioética de ser uma ética aplicada aos conflitos e dilemas morais da contemporaneidade, portanto, uma ética prática e relacionada à ação.

A *competência* (no singular) não é a capacidade ou, no sentido aristotélico, a potência, mas a atuação em si, que se faz em ato porque o indivíduo, uma vez provocado por uma situação desafiadora, mobiliza e adapta os atributos, recursos, conhecimentos, habilidades, enfim, o conjunto das *competências* (no plural) necessárias à solução do problema apresentado.

Por sua vez, a bioética lida não só com conflitos e dilemas já identificados e delimitados, mas também com conflitos e dilemas inusitados, geralmente originados do constante avanço biotecnocientífico, o que requer dos envolvidos - neste caso os médicos - capacidades e ação (competências e competência),

ou seja, mobilizações e adaptações constantes de saberes por eles já incorporados com vistas à solução de novos problemas.

3.3.2 - As transições conceitual e prática na formação médica

Não há que se falar em transições conceitual e prática como inovação curricular, sem que esta pressuponha a sua construção coletiva e a mudança de paradigmas. Porém, é importante lembrar que, o simples “ajuntamento” de idéias e a substituição paradigmática abrupta, em geral, não representam uma verdadeira evolução pedagógica. É necessária a coerência das idéias e propostas, além de uma interpretação crítica dos cenários e da realidade em quais se pretende implementar a inovação curricular.

Neste sentido, e pretendendo contribuir para a transição de uma formação moral tradicional e deontológica para uma outra crítica e aplicada, compatível com as exigências estabelecidas pelos conflitos e dilemas morais inerentes às sociedades contemporâneas, podem-se enumerar aqueles que acreditamos serem os pontos básicos de uma possível inovação.

Em tese, o desafio das transições conceitual e prática no caso da formação moral do estudante de medicina parece ser: sair de um ensino de ética médica orientado por objetivos educacionais, disciplinar, com conteúdos éticos tradicionais e ênfase no técnico-instrumental em detrimento do ético-humanista, para um ensino de bioética orientado por competências, interdisciplinar e com conteúdos bioéticos atuais trabalhados transversalmente e ênfase tanto no campo técnico-científico como no crítico-humanístico.

Entretanto, tal empreendimento requer reformas de cunho estrutural no próprio sistema educacional relativas à formação dos professores, à concepção de currículo adotada e aos sentidos sociais da educação.

Portanto, uma reformulação radical e imposta por meio de medidas exclusivamente legais não parece ser a mais adequada, haja vista a questão

da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, que redundaram num processo lento e difícil. Neste sentido, as transições conceitual e prática podem ser feitas por meio de ações no seio das próprias instituições de ensino, a título de experiências para as inovações curriculares.

Na prática, a transição de um modelo de ensino para o outro, considerando cada um dos pontos básicos acima mencionados, esbarram em questões que dificultam ou impedem a sua realização. Ao pretender que o ensino deixe de ser orientado por objetivos para ser orientado por competências, é imprescindível o entendimento comum e a adoção explícita de, no mínimo, uma das noções de competência, preferencialmente a mais afinada com o desenvolvimento crítico da autonomia do discente, além de preparação técnico-metodológica do corpo docente para trabalhar com esta abordagem.

Talvez, neste caso, o possível seja adotar ações de homogeneização quanto ao entendimento da noção de competência, promover a sua incorporação ao projeto político-pedagógico da instituição e capacitar os discentes, porém sem abandonar por completo os pressupostos metodológicos da Pedagogia por Objetivos, pois (reforçando a questão da estratégia pedagógica de transição), durante toda a formação e em paralelo aos conteúdos de cunho ético-humanísticos (em especial, os temas transversais), manter-se a disciplina de bioética, ao menos, para o ensino dos conteúdos de cunho técnico-instrumental.

Na disciplinaridade está implícita a divisão do saber, enquanto a interdisciplinaridade pressupõe a interação permanente entre os diversos campos do conhecimento. Isto significa que, em uma estrutura curricular que impõe uma prática educativa de certa forma isolada, migrar da disciplinaridade para a interdisciplinaridade é, sobretudo, quebrar os paradigmas da “disciplina isolada” e possibilitar o permanente diálogo com as outras disciplinas em torno de objetos comuns que se nos apresentam sob a forma de temas transversais.

Assim, romper a tradição curricular abruptamente não parece ser a opção mais apropriada, devido às mesmas razões já apontadas na análise das transições

conceituais e práticas de objetivos para competências, o que, de alguma forma, relaciona-se ao problema dos conteúdos éticos tradicionais e à prevalência do técnico-instrumental sobre o ético-humanista, pois é certo que nem todos os docentes conhecem ou estão aptos a ensinar bioética.

Explicitando melhor a estratégia de mesclar as abordagens pedagógicas de cunho técnico-instrumental e disciplinar e de cunho crítico-reflexiva e transversal, parece que uma opção viável de transição é o ensino de bioética por meio da adoção da transversalidade no que se refere aos seus conteúdos humanísticos e da disciplinaridade no que se refere aos seus conteúdos instrumentais (“caixa de ferramentas”).

De forma que, ao longo de todos os períodos do curso médico, e por meio de uma disciplina obrigatória orientada por objetivos, os estudantes aprendam os conceitos, as concepções, as definições, os pressupostos, as ferramentas e a história da bioética, como uma fundamentação teórica básica, porém sólida, para que, paralelamente e também ao longo de toda a formação, esta sirva de sustentáculo aos estudos dos temas bioéticos críticos-reflexivos transversalmente em cada uma das outras disciplinas. Então, a partir desta ou de experiência semelhante, crie-se a possibilidade de migração para um ensino eminentemente orientado por competências e transversal.

Ainda assim, resta enfrentar a questão da capacitação em bioética para os docentes das outras disciplinas do currículo. Neste caso, inicialmente poder-se-á aproveitar o conteúdo técnico-instrumental, organizado disciplinarmente, como uma primeira ação para capacitar os docentes, além da criação de uma espécie de “núcleo pedagógico de bioética” composto por um ou mais bioeticista a fim de promover, incentivar e assessorar os outros docentes quanto aos temas bioéticos transversais às suas disciplinas.

Este trabalho de articulação e assessoria pedagógica, nas escolas de ensino médio e fundamental é realizado por uma equipe técnico-pedagógica (ETIP) composta por pedagogos especializados em orientação educacional e pedagógica.

Porém, tal espaço fundamental não é garantido pela prática educativa do ensino superior. Paradoxalmente, é este mesmo ensino superior que forma tais especialistas, dele esperando-se que, principalmente, valorize e reconheça a importância do papel destes profissionais para o sucesso do desenvolvimento de um currículo inovador.

Temos consciência de que estas proposições são de difícil execução, porém, também sabemos que inovações e um mínimo de originalidade requerem esforço e determinação. São difíceis e trabalhosas, mas não utópicas.

CAPÍTULO IV

A ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo estrutura-se pela organização e análise dos dados, obtidos por meio da pesquisa em 89 (oitenta e nove) trabalhos selecionados entre 4024 (quatro mil e vinte e quatro) publicações nos Anais dos III (SBB, 2000), IV (SBB, 2002)⁸ e VI (SBB, 2005) Congressos Brasileiros de Bioética, dos V (Rede UNIDA, 2003) e VI (Rede UNIDA, 2005) Congressos Nacionais da Rede UNIDA, dos XXXVIII (ABEM, 2000), XXXIX (ABEM, 2001)⁹, XLI (ABEM, 2003), XLII (ABEM, 2004) e XLIII (ABEM, 2005) Congressos Brasileiros de Educação Médica e nos periódicos Revista Brasileira de Bioética (SBB, 2005)¹⁰, Revista Bioética (CFM, 2000-2005), Revista Olho Mágico (Rede Unida, 2000-2005) e Revista Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2000-2005).

Por nossa determinação em produzir um estudo que espelhe o estado atual do ensino de bioética na medicina brasileira, julgamos razoável um recorte de tempo com retroatividade de 5 (cinco) anos, a contar do início de nossa pesquisa. Uma outra justificativa que sustenta esta opção é o próprio processo de inclusão do ensino de bioética no currículo das graduações da área da saúde, pois, à medida que voltamos nossa observação para o passado recente, constatamos que se faz cada vez menor a incidência da bioética como conteúdo curricular, notadamente no período que antecede a virada do século XX para o XXI.

Entretanto, quando necessário, não nos furtamos a recorrer aos fatos e aos dados históricos anteriores ao limite temporal estabelecido para a seleção do material a ser estudado.

⁸ Não conseguimos acesso aos anais do V Congresso Brasileiro de Bioética, mesmo depois de reiteradas tentativas. Entretanto, considerando o número de trabalhos analisados, cremos que isto não implicará em desqualificação da pesquisa realizada.

⁹ Idem

¹⁰ A RBB foi lançada no início de 2005.

A classificação quantitativa relaciona-se à frequência, nos trabalhos analisados, da presença dos termos “ética e bioética” conjugados, designando disciplina única (autônoma ou associada) ou um mesmo tema transversal; e do termo “bioética”, designando disciplina ou tema transversal dissociado das éticas tradicionais, constituídos do corpo teórico-prático específico do campo bioético. Consideramos como justificativa para tal classificação a explícita referência, no material pesquisado, aos conteúdos ensinados como sendo relativos a estas duas nomenclaturas, lembrando que o termo “ética”, neste caso, refere-se às éticas tradicionais, tais como a ética médica, a deontologia, a diceologia etc.; e o termo “bioética” é assumido como ética aplicada aos conflitos e dilemas morais surgidos das ações humanas relativas à vida.

Além do critério anterior, a classificação inicial contempla, também, a frequência destas disciplinas ou temas transversais em duas modalidades do ensino superior (graduação e pós-graduação) organizadas em 12 áreas, detalhadas no próximo item.

4.1 – Classificação geral dos ensinamentos da disciplina e da disciplina : nomenclatura, nível e área

Embora o objeto de estudo desta dissertação seja o ensino da bioética na graduação médica brasileira, reputamos como relevante uma primeira classificação mais ampla, composta de três agrupamentos: o bloco restrito a medicina; o bloco composto pela área da saúde, com exceção da medicina; e o bloco constituído por todas as outras áreas, excetuando-se a da saúde. Tal estruturação dá-se com o fim de possibilitar uma análise comparada da distribuição e da incidência do ensino da disciplina *Ética e Bioética* e da disciplina *Bioética* em geral para, então, num recorte delimitador, isolarmos os dados especificamente relativos ao estudo proposto.

Além disso, há a hipótese, já descrita no item 2.1.1, de que a bioética, como um campo interdisciplinar, tem recebido permanente dedicação da academia, enquanto o ensino de bioética, que entendemos ser o seu melhor veículo de

multiplicação, não tem sido objeto de estudos na mesma proporção, mesmo no caso da graduação médica, considerando que a medicina tem-se mostrado um campo fértil para grande parte dos conflitos e dilemas morais da atualidade.

Então, “mapear” as ocorrências do ensino da disciplina *Ética e Bioética* e da disciplina *Bioética* fazendo as distinções pelos grupos abaixo descritos, mostra-se importante para:

- a) reafirmar ou negar a hipótese de que as produções de conhecimento em *bioética* e em *ensino de bioética* são quantitativamente desproporcionais entre si;
- b) possibilitar uma comparação quantitativa entre o *todo* (ensino da disciplina *Ética e Bioética* e da disciplina *Bioética* em outros níveis que não o do ensino superior, nas graduações e pós-graduações das outras áreas que não a da saúde e nas outras graduações e pós-graduações da área da saúde que não as da medicina) e a *parte* (ensino da disciplina *Ética e Bioética* e da disciplina *Bioética* na graduação em medicina);
- c) determinar a proporção entre o número total de trabalhos identificados (relativos as duas disciplinas em tela) e o número de trabalhos que tratam exclusivamente do ensino da disciplina *Bioética*, publicados em cada um dos veículos (anais de congressos e revistas científicas) eleitos como fonte da pesquisa.

Neste sentido, em uma espécie de círculo concêntrico, classificamos o ensino de ambas as disciplinas (tanto a de *Ética e Bioética* como a de *Bioética*) pela nomenclatura assumida e/ou identificada no discurso das publicações, tomando em conta o nível de ensino e a área em que tal ensino se dá, organizando-os da periferia para o centro do círculo, como descrito a seguir:

(1) ensino de *Ética e Bioética* na pós-graduação em geral (**EEBPG**) - contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) nas pós-graduações, exceto nas da área da saúde;

(2) ensino da disciplina *Ética e Bioética* na graduação em geral **(EEBGG)** - contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) nas graduações, exceto nas da área da saúde;

(3) ensino de *Ética e Bioética* na pós-graduação em saúde **(EEBPS)** - contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) nas pós-graduações da área da saúde, exceto na pós-graduação em medicina;

(4) ensino de *Ética e Bioética* na graduação em saúde **(EEBGS)** - contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) nas graduações da área da saúde, exceto na graduação em medicina;

(5) ensino de *Ética e Bioética* na pós-graduação em medicina **(EEBPM)** – contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) exclusivamente na pós-graduação em medicina;

(6) ensino de *Ética e Bioética* na graduação em medicina **(EEBGM)** - contempla a disciplina *Ética e Bioética* (conjugadas) exclusivamente na graduação em medicina;

(7) ensino de *Bioética* na pós-graduação em geral **(EBPG)** - contempla a disciplina *Bioética* nas pós-graduações, exceto nas da área da saúde;

(8) ensino de *Bioética* na graduação em geral **(EBGG)** - contempla a disciplina *Bioética* nas graduações, exceto nas da área da saúde;

(9) ensino de *Bioética* na pós-graduação em saúde **(EBPS)** - contempla a disciplina *Bioética* nas pós-graduações da área da saúde, exceto na pós-graduação em medicina;

(10) ensino de *Bioética* na graduação em saúde **(EBGS)** contempla a disciplina *Bioética* nas graduações da área da saúde, exceto na graduação em medicina;

(11) ensino de Bioética na pós-graduação em medicina **(EBPM)** - contempla a disciplina *Bioética* exclusivamente na pós-graduação em medicina;

(12) ensino de *Bioética* na graduação em medicina **(EBGM)** - contempla *Bioética* exclusivamente na graduação em medicina;

4.1.1 – Análise dos dados segundo a classificação geral dos ensinamentos da disciplina e da disciplina

Em princípio, os dados sugerem que, mesmo não havendo menção clara nos textos a uma opção pelas disciplinas e pelos conteúdos das éticas tradicionais em detrimento da bioética ou *vice-versa*, ao menos há certa tendência a associá-las entre si, haja vista que de 89 (oitenta e nove) trabalhos, 52 (cinquenta e dois) apresentam esta associação contra 37 (trinta e sete) que assumem a bioética como disciplina exclusiva.

Esta tendência, porém, parece despontar menos como uma migração da tradição ética para a bioética, ou seja, da ética tradicional para a ética aplicada, e mais como uma tentativa de aglutinação, o que ao nosso ver é, em parte, uma prática incoerente, visto que a bioética surge no campo das éticas aplicadas e com a proposição explícita de preencher algumas das lacunas deixadas pelas éticas tradicionais, especialmente em relação à insuficiência destas em dar conta dos conflitos e enfrentar os dilemas originados em meio aos atuais e frenéticos avanços biotecnocientíficos (SCHRAMM, 2002).

Na graduação médica, tal associação entre a ética tradicional e a bioética resulta, geralmente, em uma terceira disciplina comumente denominada “Ética e Bioética”, “Ética Médica e Bioética”, “Deontologia Médica e Bioética”, “Deontologia e Bioética” ou, até mesmo, “Medicina Legal e Bioética”, o que chama à atenção, pois, de certa forma, a conjugação de tais nomenclaturas designando uma mesma disciplina tenta convergir, por meio de uma aparente complementaridade, duas abordagens que se distinguem entre si: a tradicional

que, por sua característica marcadamente deontológica, tende a restringir a orientação da conduta moral ao *sim ou não*, ao *pode ou não pode* e ao *deve ou não deve*; e a aplicada que, aqui configurada na bioética, propõe-se a atuar para além da dimensão normativa, apresentando-se como um recurso instrumental teoricamente crítico e pragmaticamente aplicável, que viabilize a sustentação argumentativa com vistas a justificação ética das ações morais.

Em outros termos, as éticas tradicionais apóiam-se basicamente nos dois clássicos pilares da obrigação: o das obrigações negativas, definidas por um *o que não fazer*, e o das obrigações positivas, traduzidas por um *o que fazer* (BOBBIO, 1992. p.21) que, no caso em questão, acabam por limitar o *saber conviver* dos profissionais aos códigos de ética.

Já as éticas aplicadas enfatizam a promoção do diálogo intencional e consciente entre os envolvidos, na busca por soluções ou consensos pragmáticos que, criticamente fundamentados, considerem o contexto em que se dão os conflitos e os dilemas morais, além das peculiaridades de cada caso concreto em questão e daqueles neles envolvidos.

Sem, necessariamente, ignorar a contribuição das éticas tradicionais e o saber historicamente acumulado por elas, além da importante função social dos códigos de ética profissional, cada vez mais a bioética afirma-se por seu esforço em integrar teoria e prática, ou seja, por sua *práxis* eminentemente pragmática e por sua determinação em dialogar com a ética tradicional, aqui configurada na ética médica de cunho deontológico-hipocrático.

Neste sentido, um argumento que poderia justificar a junção de conteúdos da clássica *ética médica* e da crítica *bioética* em uma mesma disciplina seria, exatamente, o de que, durante a prática educativa, tal opção privilegiaria o confronto dialógico entre a tradição ética e as proposições bioéticas, ativando os processos do ensinar e do aprender; constituindo-se, então, em uma opção metodológica do fazer pedagógico. Porém, não há nos trabalhos estudados qualquer argumento que assim as justifique ou que sugira tal opção como uma inovação metodológica .

Pode-se interpretar também que, tanto no ensino da disciplina *Ética e Bioética* como no da disciplina *Bioética*, a maior concentração de trabalhos publicados acontece no conjunto da graduação: 41 (quarenta e um) e 29 (vinte e nove) trabalhos, respectivamente; ao passo que na pós-graduação a concentração é de 11 (onze) trabalhos relativos ao ensino da disciplina *Ética e Bioética* e 8 (oito) relativos ao da disciplina *Bioética*.

Especificamente na pós-graduação em medicina, identificaram-se 5 (cinco) trabalhos referentes ao ensino da disciplina *Ética e Bioética*, número igual ao de trabalhos dedicados a esta mesma disciplina em todas as outras pós-graduações da área da saúde.

Embora em ambos os casos tenham-se dedicado iguais quantidades de estudos, conclui-se que, devido à diluição dos referidos trabalhos pelos vários cursos (enfermagem, odontologia etc., exceto medicina) da pós-graduação em saúde, esta tem uma concentração proporcionalmente menor que a da pós-graduação em medicina.

Entretanto, o ensino da disciplina *Bioética* na pós-graduação em medicina não obteve sequer uma freqüência entre os trabalhos pesquisados.

Por outro lado, a graduação médica detém o maior número de estudos, pois dos 70 (setenta) trabalhos dedicados ao todo das diversas graduações da saúde, 27 (vinte e sete) tratam do ensino da disciplina *Ética e Bioética* e 18 (dezoito) do ensino da disciplina *Bioética* no âmbito da formação médica, o que pode ser verificado nas 3 (três) tabelas seguintes:

Tabela 1:

Organização por nomenclatura dos trabalhos científicos sobre o ensino das disciplinas “Ética e Bioética” e “Bioética” nas graduações e pós-graduações entre 2000 e 2005

NOMENCLATURAS	TOTAIS
Ensino de <i>Ética e Bioética</i> na pós-graduação em geral - EEBPG	1

Ensino de Ética e Bioética na graduação em geral - EEBGG	5
Ensino de Ética e Bioética na pós-graduação em saúde - EEBPS	5
Ensino de Ética e Bioética na graduação em saúde - EEBGS	9
Ensino de Ética e Bioética na pós-graduação em medicina - EEBPM	5
Ensino de Ética e Bioética na graduação em medicina - EEBGM	27
Ensino de Bioética na pós graduação em geral - EBPG	3
Ensino de Bioética na graduação em geral - EBG	5
Ensino de Bioética na pós-graduação em saúde - EBPS	5
Ensino de Bioética na graduação em saúde - EBGS	6
Ensino de Bioética na pós-graduação em medicina - EBPM	0
Ensino de Bioética na graduação em medicina - EBG	18
TOTAL DE TRABALHOS	89

Fonte: Os anais de congressos e as revistas definidas como fonte da pesquisa

Tabela 2:

Organização por publicação dos trabalhos científicos sobre o ensino das disciplinas “Ética e Bioética” e “Bioética” nas pós-graduações entre 2000 e 2005

ANAIS/REVISTAS	EEBPG	EEBPS	EEBPM	EBPG	EBPS	EBPM	TOTAL
Anais dos CBBs	1	5	3	3	4	0	16
Anais dos CBEMs	0	0	1	0	0	0	1
Anais dos CNRUs	0	0	0	0	1	0	1
Revista Brasileira de Bioética	0	0	0	0	0	0	0
Revista Bioética	0	0	0	0	0	0	0
Revista Brasil. de Ed. Médica	0	0	1	0	0	0	1
Revista Olho Mágico	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	1	5	5	3	5	0	19

Fonte: Os anais de congressos e as revistas definidas como fonte da pesquisa

Tabela 3:

Organização por nomenclatura dos trabalhos científicos sobre o ensino das disciplinas “Ética e Bioética” e “Bioética” nas graduações entre 2000 e 2005

ANAIS/REVISTAS	EEBGG	EEBGS	EEBGM	EBGG	EBGS	EBGM	TOTAL
Anais dos CBBs	5	8	3	3	5	4	28
Anais dos CBEMs	0	1	18	0	0	10	29
Anais dos CNRUs	0	0	0	0	1	1	2
Revista Brasileira de Bioética	0	0	0	0	0	0	0
Revista Bioética	0	0	2	2	0	2	6
Revista Brasil. de Ed. Médica	0	0	4	0	0	1	5
Revista Olho Mágico	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	5	9	27	5	6	18	70

Fonte: Os anais de congressos e as revistas definidas como fonte da pesquisa

4.2. – A frequência de ocorrências nos trabalhos científicos sobre o ensino da disciplina na graduação médica entre 2000 e 2005

A análise do conteúdo considerou os 18 (dezoito) trabalhos que tratam, especificamente, do ensino da disciplina *Bioética* na graduação em medicina (EBGM) no Brasil. Tais trabalhos foram selecionados como material final da pesquisa após triagem realizada nos 89 (oitenta e nove) trabalhos que, de maneira geral, foram inicialmente eleitos.

Os critérios adotados na triagem dos trabalhos foram:

- (1) a clareza do tema do trabalho, ou seja, trabalhos sobre o ensino (exclusivamente) da bioética na medicina brasileira; e
- (2) trabalhos produzidos entre 2000-2005 nos veículos eleitos como fonte de pesquisa.

Ao procedermos a reconstrução do discurso por meio do reagrupamento dos recortes das ocorrências nos textos estudados, sentimos necessidade de estabelecer uma forma de distinguir as falas dos diversos autores utilizados da nossa própria fala, além de destacar claramente os sentidos comuns que tais fragmentos constituíram quando reorganizados e coletivamente significados.

Neste sentido, para efeito de identificação dos 18 (dezoito) trabalhos doravante referenciados, estruturamos um código composto da sigla de classificação EBGM (ensino de bioética na graduação médica), seguido do número ordinal em que tais trabalhos foram listados e do nome autoral do primeiro autor do respectivo trabalho.

Tal codificação referencial será utilizada nas citações dos recortes textuais, quando da análise de conteúdo dentro dos núcleos de sentido estruturados, de forma a remeter ao quadro seguinte:

Título	Autoria	Fonte/Ano	Código
Juramento médico	SIQUEIRA, J. E	Anais do III CBB. Porto Alegre: SBB, 2000. URL: http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/conres.htm .	EBGM01

O ensino da bioética no curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina	SIQUEIRA, J. E.	Anais do III CBB. Porto Alegre: SBB, 2000. URL: http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/conres.htm .	EBGM02
Tutoria baseada em bioética: análise crítica em um curso de medicina	SANTOS Jr.	Anais do VI CBB. p. 170. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.	EBGM03
O cinema como uma abordagem transdisciplinar no ensino de bioética	SANTOS, L. E.	Anais do VI CNRU/Revista Olho Mágico. V 12, nº 2. p. 14-15. Londrina: RU, 2005.	EBGM04
Iniciação à bioética durante o aprendizado do exame clínico	OLIVEIRA, A. M. & PORTO, C. C.	Anais do XXXVIII CBEM. Petrópolis-RJ: ABEM, 2000	EBGM05
Avaliação da disciplina Bioética e Cidadania na visão dos alunos	NETO, F. U. S.	XLI CBEM/Revista de Educação Permanente em Saúde. V 1, nº 1, sup. 1. p. 77. ABEM, 2004.	EBGM06
Oficina de bioética: construindo a consciência de cidadania na saúde	URTIGA, M. E.	XLI CBEM/Revista de Educação Permanente em Saúde. V 1, nº 1, sup. 1. p. 84. ABEM, 2004.	EBGM07
Site Bioética Leiga: a tecnologia como instrumento inovador na formação ética em saúde	URTIGA, M. E.	XLI CBEM/Revista de Educação Permanente em Saúde. V 1, nº 1, sup. 1. p. 84. ABEM, 2004.	EBGM08
Os princípios da beneficência e não-maleficência e suas implicações na relação médico-paciente	SOARES, G. R.	Anais do XLII CBEM/ http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2004/trabalhos_vitoria/temas/670.htm	EBGM09
Que valores são importantes na formação do médico	LOPES, M. H. I.; FRANSCECONI, C. P. M. & ANTONELLO, I. C. F.	Anais do XLIII CBEM/Revista Brasileira de Educação Médica. V. 29, nº 2, sup. 1. p.360 ABEM, 2005.	EBGM10
Proposta para integração curricular das disciplinas humanísticas da FMUSP	RIOS, I. C.; MARTINS, M. A. & VIEIRA, J. E.	Anais do XLIII CBEM/Revista Brasileira de Educação Médica. V. 29, nº 2, sup. 1. p.361 ABEM, 2005.	EBGM11
A filosofia do currículo de Philip Phenix e a educação para a bioética	LIRA, G.	Anais do XLIII CBEM/Revista Brasileira de Educação Médica. V. 29, nº 2, sup. 1. p.363 ABEM, 2005.	EBGM12
O cinema como instrumento didático para a abordagem em bioética: uma reflexão sobre a eutanásia a partir do filme Mar Adentro	SILVA, C. H. M. & DANTAS, A. A.	Anais do XLIII CBEM/Revista Brasileira de Educação Médica. V. 29, nº 2, sup. 1. p.384 ABEM, 2005.	EBGM13
Bioética como base para o desenvolvimento da tutoria	SANTOS Jr, L. A.; MELO, H. P. & BARRETO, P. S.	Anais do XLIII CBEM/Revista Brasileira de Educação Médica. V. 29, nº 2, sup. 1. p.538 ABEM, 2005.	EBGM14
O ensino da Bioética no curso médico	SIQUEIRA, J. E.	Revista Bioética. V.11, nº2. p. 33-42. Brasília-DF: CFM, 2003.	EBGM15
O ensino da ética no curso de Medicina: a experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL)	SIQUEIRA, J. E.; SAKAI, M. H.; EISELE, R. L.	Revista Bioética. V.10-nº1. p. 85-95. Brasília-DF: CFM, 2002.	EBGM16
Contribuições da bioética e da comunicação à educação médica	SCHRAMM, F. R.	Revista Brasileira de Educação Médica. V. 25, nº 2. p. 15-24. Rio de Janeiro: ABEM, 2001.	EBGM17
O cinema como uma abordagem transdisciplinar no ensino de bioética ¹¹	SANTOS, L. E.	Anais do VI CBB. p. 253. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.	EBGM18

Quadro1: Trabalhos sobre o ensino da disciplina na graduação médica (EBMG) publicados no período 2000-2005 e selecionados como material a ser submetido à análise de conteúdo

Fonte: Os anais de congressos e as revistas definidas como fonte da pesquisa

Porém, antes de analisar qualitativamente o material pesquisado, cabe reafirmar com quais compreensões das categorias *autonomia* e *competência* estamos trabalhando, pois, em uma abordagem pedagógica, pode-se afirmar

¹¹ Embora tenham o mesmo título e sejam do mesmo autor, os trabalhos EBMG.04.SANTOS e EBMG.18.SANTOS foram publicados em veículos diferentes, além de apresentarem pequenas diferenças entre os dois textos. Por estas razões são considerados trabalhos distintos.

que estas são categorias interdependentes e complementares, já que não há como conceber que o indivíduo possa ser autônomo (mesmo nos casos de autonomia reduzida¹²) sem ter competência para sê-lo; nem que o indivíduo possa ser “competente” sem ter, em permanente exercício, uma autonomia consciente.

O que norteia a seleção destas categorias é o pressuposto de que, em geral, os valores do profissional são, em grande parte, construídos durante a sua formação como estudante e com forte influência da relação professor-aluno (KAUFMAN, 1992; REGO, 2003). De tal forma que a dimensão moral da relação docente-discente preanunciaria a futura dimensão moral da relação médico-paciente, que seria, então, na prática profissional, permeada por muitos dos valores construídos e praticados durante a formação médica.

Considera-se, neste trabalho, o profissional médico como sujeito ativo da relação médico-paciente; portanto, como indivíduo de quem, para exercer plenamente o seu papel social no mundo do trabalho, espera-se que detenha saberes que lhe possibilitem contribuir para a descrição e a análise dos conflitos morais inerentes a sua atuação e, quando necessário, para a prescrição de medidas de intervenção, cujos efeitos, embora possam exercer influência real ou potencialmente irreversível, sejam legitimamente éticos e justificáveis (KOTTOW, 1995).

Para isto, não basta a *autoridade tecnocientífica* da formação, avalizada pela academia e fundamentada na ciência e na técnica apenas, visto que “de nossa competência técnica [*e/ou científica*] não deriva uma autoridade moral” (REGO; PALÁCIOS; SCHRAMM, 2004). É pertinente desenvolver um *saber ser* crítico que possibilite a compreensão sociocultural do contexto e da realidade em que se dão os conflitos morais contemporâneos e contribua para a autodeterminação consciente e o máximo exercício possível da *autonomia*.

¹² “Autonomia reduzida” refere-se aos indivíduos que, por determinadas razões e em algum aspecto, são controlados por outros por serem incapazes de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos. Em geral, diz-se dos indivíduos que estão física, econômica ou socialmente vulnerados ou institucionalizados, tais como prisioneiros ou indivíduos mentalmente comprometidos.

A rigor e em primeira instância, a função do profissional médico é a promoção da saúde. Entretanto, devido ao teor marcadamente social da sua prática, o médico enquanto sujeito ativamente envolvido nas questões conflitivas - originadas do seu próprio fazer em saúde - tem seu poder/dever de intervenção ampliado para além dos aspectos biotecnocientíficos. De modo que, mesmo não lhe cabendo, necessariamente, o papel específico do bioeticista, por força de sua condição de agente moral diretamente implicado na origem dos problemas bioéticos inerentes a sua atuação, o médico é chamado a assumir posicionamentos, tomar decisões e contribuir com suas elucidações para a solução de conflitos e/ou o enfrentamento de dilemas morais surgidos durante a sua atividade laboral.

Então, a questão central que aqui se nos apresenta é: como as escolas de formação médica do Brasil estão capacitando os estudantes para a *descrição/análise*, a *prescrição/proscrição* e a *proteção/acolhida* relativas aos conflitos e aos dilemas morais envolvendo agentes e pacientes morais (ENGELHARDT, 1998), muitas vezes configurados na relação médico-paciente?

Buscando respostas, mesmo que parciais, a esta pergunta, as categorias eleitas servem de lentes de análise do material empírico e/ou teórico selecionado, por meio das quais pretende-se detectar até que ponto a formação médica no Brasil proporciona aos estudantes fundamentação bioética teórico-prática, além de suficiente desenvolvimento de atitudes que lhes possibilitem responder, criticamente, aos atuais conflitos morais relativos à prática médica; e, também, por meio de quais metodologias as escolas brasileiras de medicina estão ensinando os conteúdos bioéticos.

Inicialmente, com a finalidade de “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 1977), efetuaram-se 65 (sessenta e cinco) recortes no conteúdo dos 18 (dezoito) trabalhos

estudados, sendo que 28 (vinte e oito) destes dizem respeito à categoria *autonomia permanente e inacabada* e 37 (trinta e sete) à categoria *competência crítica e integral*.

Como enunciada no item 1.1.1. do capítulo I, a categoria *autonomia permanente e inacabada* funda-se no pensamento freireano sobre o indivíduo humano como ser histórico que, simultaneamente, vive o *bios* enquanto existência orgânica, pois está na biosfera e dela é parte; e vivencia o *bios* enquanto vida prática, porque com o mundo interage e nele interfere. A ele é possível identificar e definir um percurso entre o que é e o que quer ser, um itinerário entre o ser e o vir a ser, enfim, um caminho entre a “curiosidade ingênua” e a “curiosidade crítica” (FREIRE, 2005), que entendidas com pólos verticalmente opostos, constituem uma trajetória infundável em espiral, crescente em complexidade e criticidade, somente interrompida com a própria finitude humana.

Neste sentido, esta categoria compreende a autonomia como um processo que, à medida que o indivíduo avança na busca pelo saber, não lhe proporciona uma consciência definitiva nem lhe extingue a curiosidade sobre as coisas, as pessoas e o mundo; contrariamente, acentua-lhe a capacidade crítica, requerendo-lhe, mais e mais, um permanente autodesenvolvimento. Portanto, a autonomia é permanente por traduzir-se em uma construção constante e, sendo assim, é inacabada, já que não chega a termo definitivamente imutável.

A categoria *competência crítica e integral*, também referenciada no 1.2.3. do capítulo I, é concebida com base nas proposições de Werner Markert (2004), relativas à consolidação de um conceito crítico de competência que, desta feita, contribua para a formação de um profissional capaz de intervir e transformar o próprio fazer profissional.

É concebida como síntese que abarca as ações e os saberes constituintes de uma integralidade formativa. Nela as ações de *conhecimento/qualificação (ação instrumental)*, de *organização/cooperação (ação estratégica)* e de

interação/comunicação (ação comunicativa) são recepcionadas em respectiva correspondência com o *Saber*, o *Saber Fazer* e o *Saber Conviver*. Da mesma forma que a articulação entre as três ações enumeradas por Markert (2004) resulta na *competência crítica*, a articulação entre os três saberes identificados por Delors *et al* (2002) e adotados pela UNESCO resulta no *Saber Ser*. De modo que, em termos teóricos e para efeito deste estudo, a *competência crítica e integral* e o *Saber Ser* equivalem-se e explicam-se mutuamente. Portanto, a competência é crítica porque pressupõe a formação de um profissional conscientemente transformador da realidade; e é integral porque não restringe a formação ao âmbito do trabalho, mas enfatiza a formação do trabalhador enquanto cidadão responsável.

Determinadas as categorias fundamentais e executados os recortes iniciais, em seguida, pressupondo que “a decomposição-reconstrução desempenha uma determinada função na indicação de correspondências entre as mensagens e a realidade subjacente” (BARDIN, 1977), desdobraram-se as categorias *autonomia permanente e inacabada* e *competência crítica e integral* em 4 (quatro) e 3 (três) subcategorias respectivamente, e estas, quando necessário, devido à presença de sentidos comuns no interior das ocorrências, em núcleos de sentido (MINAYO, 1992), procedimento que pode ser evidenciado nos itens subseqüentes.

4.2.1 - A análise do conteúdo à luz da categoria

As 4 (quatro) subcategorias da categoria *autonomia permanente e inacabada* eleitas são (1) *consciência sobre si*, (2) *consciência sobre os outros*, (3) *curiosidade ingênua* e (4) *curiosidade crítica*, pelas quais estão distribuídas 40 (quarenta) ocorrências identificadas nos 28 (vinte e oito) recortes iniciais da categoria geral.

Após identificar as ocorrências correspondentes a cada uma das subcategorias, a etapa seguinte da análise consistiu em identificar os possíveis núcleos de sentido dentro de cada subcategoria.

– Nesta subcategoria agrupam-se 14 (quatorze) ocorrências, configuradas em mensagens indicativas das concepções e ações que, inerentes ao ensino de bioética na graduação médica, objetivam estimular a construção e o desenvolvimento da consciência do e pelo aluno sobre si mesmo, suas limitações e possibilidades enquanto indivíduo, atual estudante e futuro profissional médico. As 14 (quatorze) ocorrências estão reagrupadas em cinco núcleos de sentido, a saber:

Direito e obrigação

Compactuando com Norberto Bobbio quando sentencia que “a figura do direito tem como correlata a figura da obrigação” (1992), o procedimento médico pode ser entendido como uma ação sobre o outro, com impactos nas dimensões biológica, psicológica e sociológica, o que reforça a importância de o paciente, em geral, visivelmente fragilizado devido ao teor patológico e social da doença, não somente ter as suas decisões respeitadas, mas, também, ser ele próprio respeitado em sua completude e entendido como cidadão detentor de direitos.

É neste sentido que a frase

(EBGM.01.SIQUEIRA) remete ao desenvolvimento da autonomia. Embora os primeiros elementos da construção remetam à questão do outro (paciente), os elementos que, em seguida, se referem à limitação do agente moral (médico) apresentam-se como mais contundentes, se contextualizados na relação de poder historicamente implícita na relação médico-paciente, ou seja, “*quaisquer procedimentos*” médicos devem ser limitados pela vontade do outro. Portanto, sabedor disto, o estudante de medicina pode crescer em direção à autonomia, como forma de

desenvolver a auto-aceitação das limitações advindas do outro e de cada caso concreto, as quais, por meio da reflexão sistemática, podem transformar-se, no discente, em consciência sobre si mesmo.

Uma outra ocorrência que, também, denota o desenvolvimento da consciência sobre si, com base na reflexão sobre a experiência da interação com o outro, é

(EBGM.06.URTIGA). Neste caso, o discurso é claro ao estabelecer uma correlação entre os direitos do indivíduo (paciente) e os deveres do profissional médico implicados nestes direitos, ou seja, se há um ente detentor de direitos, há um outro ente que está obrigado a provê-lo (BOBBIO, 1992. p. 79-80). Cômico desta interligação entre direitos e deveres no âmbito da relação médico-paciente, quanto mais o estudante assume responsabilidades para com o outro, mais consciência sobre si próprio adquire, em um processo de aprender do outro sobre si.

Humanismo e valorização da vida

Os 2 (dois) fragmentos

(EBGM.05.OLIVEIRA) e

(EBGM.13.SILVA) remetem à questão da sensibilização do estudante para o autoconhecimento. Sensibilização esta que é deflagrada pelo reconhecimento de si mesmo nas possibilidades e limitações do outro. De modo que, ao se reconhecer humano na humanidade do outro, por meio do estabelecimento de uma conexão solidária, o estudante pode iniciar e/ou acelerar o seu processo de constituição de uma consciência sobre si mesmo, especialmente no que se refere aos valores humanísticos e a vida humana (existência e vida prática) como um bem maior.

Auto-estima e peculiaridade

Os recortes

(EBGM.03.SANTOS Jr) e

(EBGM.14.SANTOS Jr)¹³ apontam, obviamente, no mesmo sentido, já que só não são graficamente idênticos devido às expressões “*durante a*” e “*ao longo da*”.

Tratam da prática educativa que considera como elemento essencial ao ensino e a aprendizagem o que é ímpar em cada estudante. Não em sentido egocêntrico, mas no sentido da valorização da auto-estima do estudante em formação, por vezes ainda inseguro quanto ao seu lugar e seu papel no mundo e, também, no sentido tomar em conta o seu histórico de vida, seu ritmo de apreensão do conhecimento, enfim, sua individualidade em desenvolvimento formativo.

A possibilidade de um acompanhamento personalizado durante a formação, requer necessariamente uma prática educativa de “solidariedade autêntica” (FREIRE, 2005) como base experiencial, em face das dificuldades e da identificação das especificidades do estudante. Diante das quais o mesmo pode mobilizar-se em direção à consciência sobre suas peculiaridades e suas possibilidades, desenvolvendo a consciência sobre si mesmo, evitando ou minimizando, assim, as futuras inseqüências e frustrações típicas dos ufanismos intempestivos e das utopias egocêntricas.

Identidade e lugar no mundo

Outras 3 (três) ocorrências, reagrupadas por sua relação comum com a idéia de desenvolvimento da identidade do estudante e seu posicionamento no

¹³ Recortes semelhantes, porém considerados como duas ocorrências (ao invés de uma) porque foram identificados em trabalhos diferentes.

mundo, formam um núcleo de sentido direcionado à constituição da personalidade moral do educando.

O exercício participativo em “

” (EBGM.11.RIOS), além da efetiva dedicação de professores dispostos às constantes “ ”

(EBGM.18.SANTOS), quando a estes é dada a “

”

(EBGM.06.NETO), faz com que estes estudantes gradativamente delineiem sua identidade como indivíduos, como profissionais da saúde e como cidadãos conscientes; e, também, determinem seu lugar e sua forma de atuação na coletividade.

As ocorrências expressam uma concepção de formação como fomentadora da inclusão democrática, da participação responsável e do posicionamento esclarecido, como práticas educativas propulsoras da autoconfiança, da colaboração individual para a construção coletiva, e destes exercícios como meios de aquisição da consciência sobre si por parte do estudante.

Tomada de decisão

Por fim, composto pelas 5 (cinco) ocorrências restantes desta subcategoria, este último reagrupamento dirige-se à *consciência sobre si* pela via da tomada de decisão.

Uma das funções da disciplina *Bioética* na graduação médica é “

” (EBGM.09.SOARES), “

” (EBGM.08.URTIGA) e “

” (EBGM.12.LIRA) de tal modo que, praticados durante toda a formação, os estudos “ ...

” (EBGM.06.NETO) e

identificar as “

(EBGM.05.OLIVEIRA).

As palavras que indicam o sentido deste núcleo são facilmente identificáveis - *decisões, discernimento, deliberação, decidir e possibilidades* - e permeadas por duas das principais características da autonomia: a *independência da vontade* e o *agir intencional* que, por suas vezes, pressupõem a *liberdade* e a *qualidade do agente*, respectivamente. Logo, não há agir intencional nem independência da vontade do agente, sem que haja consciência deste sobre si e sobre as conseqüências de suas decisões morais.

– Esta subcategoria recebeu 10 (dez) ocorrências, reagrupadas em 2 (dois) núcleos de sentido referentes à estimulação da construção e do desenvolvimento da consciência do e pelo aluno acerca da humanidade e da cidadania do outro (individualidade) e dos outros (coletividade).

Cidadania e sociedade

O sentido deste núcleo está diretamente vinculado à relação e dir in preeslo

mo

também destes

[m]

(EBGM.05.OLIVEIRA),

(EBGM.08.URTIGA);

(EBGM.05.OLIVEIRA), sugerem que, como resultado, ter-se-á um egresso consciente da complexidade de sua relação com os outros, capaz de

(EBGM.15.SIQUEIRA).

Construção coletiva

Os processos de ensino e de aprendizagem implicam no aprender e no ensinar, contínua, simultânea e mutuamente, entre professor e estudante. Estão de tal forma imbricados que, para Bleger (2003), configuram-se em duas dimensões de um mesmo processo, chegando o autor a propor o termo *ensinagem* para designá-lo.

Quando este processo prima pelas atividades cíclicas de construção-desconstrução-reconstrução coletiva do saber, inexoravelmente estimula a consciência do indivíduo acerca da importância dos outros e atua como exercício prático da autonomia em diálogo construtivo com a heteronomia para,

(EBGM.11.RIOS)

(EBGM.06.NETO) que,

(EBGM.12.LIRA)

(EBGM.13.SILVA).

– Esta terceira subcategoria, na qual enquadra-se apenas 1 (uma) ocorrência, define-se por classificar os indicativos de práticas educativas que se caracterizam por uma certa distância entre saberes teóricos descontextualizados e a aplicabilidade prática na realidade do fazer médico, pela não estimulação à reflexão e ao debate, induzindo assim o estudante a uma retenção no nível da ingenuidade acrítica.

O ponto colocado na ocorrência

(EBGM.10.LOPES), embora situado no contexto do ensino da disciplina *Bioética*, analisado na perspectiva aqui adotada, remete às questões deontológico-legais do exercício da profissão médica. Restringe-se aos aspectos, em geral, corporativistas da categoria profissional, institucionalizados por meio do Código de Ética Médica.

A conscientização desejada refere-se apenas aos valores relativos ao exercício profissional da medicina e não, necessariamente, à integralidade da formação do médico-cidadão, detentor de consciência autônoma não só no âmbito do trabalho, mas sobretudo, no mundo, ou seja, remonta à restrita formação para o trabalho e não à ampla formação do trabalhador. Tal abordagem contraria a idéia de formação para análise, reflexão e tomada de decisão em face do fato novo e seus conseqüentes novos conflitos e/ou dilemas morais. Portanto, o fragmento acima indica uma tendência a enformar o estudante de medicina em uma espécie de cartilha de conduta padrão que, mesmo sendo um código legítimo e, *a priori*, bem intencionado, tende a manter o desenvolvimento de sua curiosidade e desconfiança acerca da verdade ao nível da curiosidade ingênua, muito aquém da verdadeira criticidade autônoma, pois impõe uma determinada conduta como regra e, com isto, reduz a qualidade da reflexão.

– Esta quarta subcategoria contempla 15 (quinze) ocorrências, reagrupadas em 3 (três) núcleos de sentido, indicativas da estimulação ao debate, à reflexão, ao questionamento e à dúvida permanentes, enfim, ao diálogo construtivo, à investigação fundamentada e à aplicação prática com responsabilidade social como meio para o estudante atingir a curiosidade crítica.

Reflexão e significado

As ocorrências deste núcleo de sentido dirigem-se à curiosidade crítica como elemento fundamental ao processo de desenvolvimento da autonomia no e

pelo estudante de medicina. Pressupõem que as práticas de ensino, estimuladoras da reflexão e da construção de significados, podem promover a criticidade do estudante acerca das práticas médicas e da realidade social na qual elas se dão.

As ocorrências aglutinam-se no sentido de que as atividades acadêmicas da formação existem

(EBGM.13.SILVA) em geral e a

(EBGM.05.OLIVEIRA) acerca do que significa ser e estar no mundo como cidadão-médico, considerando que

(EBGM.12.LIRA). De tal modo que a educação médica seja

(EBGM.17.SCHRAMM).

Pluralismo moral

Considerando a diversidade de abordagens das questões morais, este núcleo de sentido é de extrema pertinência, pois reúne as ocorrências que remetem à curiosidade crítica relativas ao ensino comparado das definições, concepções e abordagens de bioética.

As ocorrências aqui reagrupadas indicam que devem existir

(EBGM.18.SANTOS),

(EBGM.09.SOARES), de maneira que

(EBGM.09.SOARES), criando um

(EBGM.08.URTIGA),

(EBGM.17.SCHRAMM)

e na convicção de que

(EBGM.16.SIQUEIRA).

Sendo a bioética um humanismo pragmático que reconhece e recepciona a pluralidade moral como legítima e necessária, o ensino da disciplina *Bioética* deve atuar como um laboratório estimulador do diálogo em meio à diversidade, proporcionando ao discente o acesso as várias abordagens, concepções, conceitos, métodos e pressupostos bioéticos existentes.

Portanto, deduz-se que, não se caracterizando pela imposição de um ou de outro enfoque teórico, o ensino da disciplina *Bioética* representa, conjuntamente a formação técnico-científica da graduação médica, um processo de desenvolvimento da curiosidade crítica e de formação da consciência social, pois instrumentaliza e estimula o estudante a fazer escolhas coerentes e aprender a convivência democrática com as diferenças e os diferentes.

Métodos e aplicabilidades

Discutir o ensino da disciplina *Bioética* conduz-nos, inevitavelmente, ao tema dos métodos de ensino. Neste núcleo de sentido, consideramos as ocorrências que se referem aos métodos de ensino utilizados e à aplicação prática dos modelos teóricos estudados, entendendo ser incompatível cogitar o desenvolvimento de criticidade suficiente à deliberação moral, sem que na prática educativa incluam-se os métodos ativos (ARENILLA *et al*, 2000), por meio dos quais o estudante aprende na ação e apreende na *práxis* a significância de tal aprendizagem para a construção da sua autonomia.

Neste sentido, as ocorrências dirigem-se à curiosidade crítica, sugerindo que algumas práticas educativas têm

(EBGM.12.LIRA), ou ainda,

adotado um

(EBGM.12.LIRA),

(EBGM.11.RIOS), além da

(EBGM.12.LIRA),

(EBGM.06.NETO).

4.2.2 - A análise de conteúdo à luz da categoria

As 3 (três) subcategorias da categoria *competência crítica e integral* são (1) *conhecimento/qualificação (saber)*, (2) *organização/cooperação (saber fazer)* e (3) *interação/comunicação (saber conviver)*, pelas quais estão distribuídas 51 (cinquenta e uma) ocorrências identificadas nos 37 (trinta e sete) recortes iniciais da categoria.

– Esta subcategoria diz respeito aos aspectos técnico-científicos da formação, aspectos estes entendidos como elementos essenciais à *ação instrumental*, integrantes da competência crítica e integral. Entre 26 (vinte e seis) ocorrências, foram identificados 5 (cinco) núcleos de sentido, a saber:

Bioética e currículo médico

Este núcleo de sentido, composto de 10 (dez) fragmentos de discurso, refere-se à valorização do ensino de bioética no currículo da graduação médica, no que tange às questões relativas aos conteúdos teóricos, a estrutura curricular e ao equilíbrio entre as dimensões técnico-científica e ético-humanística da formação do egresso, enfim, ao *conhecimento/qualificação* como saber teórico.

O ensino da

” (EBGM.16.SIQUEIRA). Embora

(EBGM.16.SIQUEIRA)

ainda sejam necessárias, a

(EBGM.02.SIQUEIRA) pode representar um avanço da estrutura curricular, principalmente [as]

(EBGM.02.SIQUEIRA) - já que a formação ética nas escolas médicas

(EBGM.15.SIQUEIRA)) -, assegurando assim, ao menos no nível teórico,

(EBGM.08.URTIGA) que

(EBGM.16.SIQUEIRA).

As iniciativas, que visam garantir espaços e tempos mínimos para os conteúdos bioéticos no âmbito da formação médica, sugerem que há uma preocupação crescente com o aspecto moral e que, de certa forma,

(EBGM.02.SIQUEIRA),

demonstrando que à formação dos

(EBGM.10.LOPES).

Entretanto, embora a bioética já apareça

(EBGM.14.SANTOS Jr.), ainda não há como afirmar que o ensino da disciplina *Bioética*, entendido como uma possibilidade de inovação curricular, represente um indicativo de uma concepção educacional que igualmente enfatize os aspectos científicos e humanísticos, ou seja, que tenha as suas práticas de ensino orientadas para a formação do trabalhador e não restritas à formação para o trabalho.

Conceito e paradigma

O reagrupamento de 5 (cinco) das ocorrências neste núcleo de sentido deu-se pela identificação de afinidade entre os conteúdos relativos a alguns temas da epistemologia. Neste caso, os sentidos aqui evidenciados dirigem-se ao

conhecimento/qualificação como saberes teóricos necessários à análise, descrição e prescrição em bioética no âmbito da medicina.

Conceber que, no ensino de bioética,

(EBGM.04.SANTOS) e que é preciso

(EBGM.07.URTIGA), configura-se em equívoco duplo. Sendo a transdisciplinaridade uma evolução metodológica baseada na interdisciplinaridade, e considerando que a bioética e a medicina ainda não evoluíram para tal estágio (desejável), ela não pode ser um “instrumento/veículo”, ou seja, um meio prático para o “*desvendamento de novos saberes*”, uma vez que ainda não se conseguiu aplicar o método transdisciplinar.

Nem tampouco a interdisciplinaridade deve ser entendida como um “*produto da reflexão*”, pois se trata de um método. Portanto, não é um fim, mas um meio que tem como fim a reflexão comum entre disciplinas.

Afora estas confusões conceituais, parece haver uma tendência à mudança da (EBGM.10.LOPES) - fortemente influenciada pelo paradigma biologicista - para uma outra que entende a medicina como uma prática social em torno da valorização da vida, para além das questões orgânicas do corpo humano e que se vê com a possibilidade de (EBGM.04.SANTOS).

Dois dos sentidos deste núcleo sugerem que, no âmbito da graduação em medicina, tal tendência parece existir influenciada pela inserção do ensino de bioética, que proporciona aos discentes e docentes

(EBGM.08.URTIGA) na educação médica.

Princípios bioéticos

Composto por 3 (três) ocorrências, este núcleo de sentido diz respeito aos princípios da bioética como conhecimento instrumental, necessário à qualificação do estudante para o enfrentamento dos conflitos e dilemas morais.

Considerando que a bioética pode ser entendida como uma “ferramenta conceitual e pragmática” (Schramm, 2002) que, como tal, adota um conjunto de princípios teóricos para a análise, a descrição e a prescrição em cada caso de conflito de interesse moral, é pertinente que o egresso da graduação médica tome suas decisões

(EBGM.14.SANTOS Jr.).

Entretanto, cabe ressaltar que nem a bioética nem os seus princípios restringem-se aos quatro princípios clássicos da bioética principialista (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2002), nem tampouco estes são (embora desejável) universais, dadas as especificidades sociais, econômicas e culturais de cada região.

Portanto, ao ater-se exclusivamente aos

(EBGM.05.OLIVEIRA), o ensino de bioética incorre numa limitação instrumental do campo, além de, equivocadamente nesta ocorrência, acrescentar o “sigilo” como um quinto princípio (já que este não é previsto como tal no arcabouço principialista). Equívocos como estes, mais uma vez, indicam a necessidade de uma estruturação programática do ensino de bioética na graduação médica, embora não se possa deixar de reconhecer que,

(EBGM.09.SOARES), a inserção dos conteúdos principialistas no currículo médico representa um certo avanço relativo à base teórica da formação moral do estudante de medicina.

Teoria e práxis

As 8 (oito) ocorrências deste núcleo de sentido apontam a preocupação em fazer com que, uma vez apreendido, o conhecimento teórico tenha um significado real na qualificação do estudante, servindo como base propulsora da reflexão crítica sobre a sua futura prática profissional.

Neste sentido, a prática educativa, por meio de

(EBGM.18.SANTOS), que

(EBGM.06.NETO), parece incentivar o

exercício da práxis,

(EBGM.13.SILVA), desenvolvendo formas de

(EBGM.09.SOARES) o

(EBGM.13.SILVA) e, também, com

(EBGM.13.SILVA), de modo a

(EBGM.12.LIRA) à formação moral do estudante de medicina.

Segundo Paulo Freire (1996), “o próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática”. Então, o saber teórico-científico, como base fundamental da reflexão crítica sobre a prática, pode ser visto como um componente da dimensão das ações de *conhecimento/qualificação* e um dos elementos essenciais à aquisição da competência crítica e integral (MARKERT, 2004).

– Integrada por 12 (doze) ocorrências reunidas em 2 (dois) núcleos de sentido, esta subcategoria define-se pelos indicativos que, pela via da *ação estratégica* relativa ao saber aplicado, remetem à competência crítica e integral.

Técnica e tecnologia

Este núcleo de sentido, integrado por 6 (seis) ocorrências, remete às questões morais implicadas na prática médica que, neste caso, podem ser traduzidas tecnologicamente pelo *o que fazer* e tecnicamente pelo *o como fazer*.

A distinção conceitual entre *técnica* e *tecnologia* faz-se necessária, pois, usualmente, a ambas é atribuído um mesmo sentido. Por força do processo histórico-social, os dois conceitos receberam variadas significações: desde a *téchne* como a arte do saber fazer, ainda na Grécia Antiga - quando a ciência (*epistème*) ainda não era caracterizada pela rigorosidade que a identifica hoje - até a tecnologia dos nossos dias, vista como ciência aplicada, propulsora das transformações do mundo e dos indivíduos (SANCHO, 2001).

De forma que, a rigor, o termo *tecnologia* designa o “estudo das técnicas”, mas pode também ser entendido como ciência aplicada; e o termo *técnica*, segundo Michel Serres (1994), é a mobilização de forças de trabalho contidas em instrumentos úteis, o saber utilizar eficazmente tais forças para gerar um determinado resultado, ou seja, para o autor, a *técnica* existe para suprir as necessidades de força de trabalho do indivíduo, possibilitando a produção daquilo que apenas as forças humanas não poderiam produzir.

Para efeito desta análise e por razões didáticas, adotamos os conceitos de *tecnologia* como ciência aplicada e de *técnica* com o saber fazer prático.

Sendo assim, os sentidos que compõem este núcleo dirigem-se à competência crítica e integral pela via das ações de *organização/cooperação* no âmbito da prática médica, não só entre os profissionais, mas entre estes e os pacientes e a sociedade em geral.

Mesmo que, no fazer médico, as
(EBGM.03.SANTOS Jr.) ainda prevaleçam sobre as ações sob a ótica humanística, já há, por meio do ensino de bioética, certa difusão de que o [conhecimento] ” (EBGM.10.LOPES) e a [medicina como]

(EBGM.10.LOPES) necessitam da
(EBGM.11.RIOS) um
saber fazer moral. E se
(EBGM.14.SANTOS Jr.)¹⁴ ainda não são, em igual medida, também orientadas
sob a ótica humanística, ao menos já se pode perceber alguma preocupação
no sentido de se utilizar
(EBGM.01.SIQUEIRA).

Cotidiano médico

As correspondências entre as 6 (seis) ocorrências que constituem o sentido deste núcleo remetem a *organização/cooperação* com um saber fazer moral relativo aos conflitos que, cotidianamente, surgem entre os profissionais ou entre estes e os seus pacientes durante a prática médica.

Diferentemente daqueles relacionados à complexidade de muitos dos procedimentos técnicos ou ao acesso e à utilização da tecnologia, os conflitos aqui colocados em tela são mais comuns e, nem por isto, menos significativos no que diz respeito ao atendimento do paciente na sua integralidade. São conflitos que, em geral, originam-se da inadequação de condutas, posturas e atitudes por parte dos agentes e pacientes morais envolvidos e que, de alguma maneira, podem influenciar a qualidade do tratamento médico.

Daí, a necessidade de um ensino de bioética que, além das questões teórico-instrumentais, desenvolva no estudante a assertividade moral, inclusive frente aos conflitos mais comuns, sendo fundamental que

(EBGM.06.NETO) e a recebam durante a formação, não apenas como exemplos ilustrativos, mas como uma oportunidade de
(EBGM.08.URTIGA), de exercício do olhar
da teoria ((EBGM.07.URTIGA) e, principalmente, de

¹⁴ Ocorrência idêntica a anterior, com aparição em trabalhos distintos.

identificação das (EBGM.13.SILVA).
De forma que, ao deparar-se com o
(EBGM.09.SOARES), mobilizando este saber
fazer integrado com o saber teórico,
(EBGM.09.SOARES) práticas.

– Reagrupadas em 2 (dois) núcleos
de sentido, as 12 (doze) ocorrências integrantes desta subcategoria dirigem-se
à competência crítica e integral por meio das questões de interação e
comunicação que, durante o convívio humano no âmbito da prática médica,
constituem a *ação comunicativa*.

Médico-paciente

Reafirmando o que está contido no item 4.2, a relação médico-paciente no
contexto da moralidade pode ser influenciada pela relação que, à época da
formação do médico, fora praticada pelos então docentes e discentes. Assim,
as 7 (sete) ocorrências deste núcleo de sentido apontam alguns dos valores
trabalhados no ensino de bioética e que podem contribuir (ou não) para a
aquisição da competência crítica e integral por parte do estudante.

Ao apegar-se a valores estritos do tipo

(EBGM.01.SIQUEIRA), o profissional médico tende a
anuviar a visão do todo de cada caso concreto, pois, de antemão e com base
em valores dados, dificulta a argumentação e a negociação no caso de um
conflito moral, dificultando qualquer possibilidade de consenso.

A ocorrência supracitada, embora impressione por sua retórica, trata-se de
uma profissão de ofício deontológica, na qual o conceito de saúde, implícito no
discurso, está há muito ultrapassado, pois ignora os princípios de prevenção e
promoção da saúde, por exemplo.

Neste sentido, espera-se que o profissional médico não se dedique apenas aos seres humanos que estão explicitamente “enfermos”, assim como não basta o seu

(EBGM.11.RIOS) se este olhar (que se diz humano), restrito à doença e ao adoecimento, atua apenas como uma lente biotecnocientífica sobre uma parte do humano (que é a doença) e não considera o ser humano na sua integralidade.

É preciso que o “olhar” se faça acompanhar da interação e da comunicação adequadas às especificidades de cada caso, a fim de

(EBGM.09.SOARES).

Tratando-se da relação médico-paciente, a biomedicina pode ser entendida como um conjunto de recursos aplicáveis às necessidades de saúde; e a bioética, como um conjunto de ferramentas aplicáveis às necessidades de resolução de conflitos morais. Mas pode-se dizer que, acima de tudo, está a própria relação humana entre agentes e paciente morais. Dirigindo-se à competência crítica e integral ao referir-se a biotecnociência, a ocorrência

(EBGM.01.SIQUEIRA) reforça tal afirmativa.

Outras (3) três ocorrências praticamente se repetem:

(EBGM.03.SANTOS Jr.)

(EBGM.14.SANTOS Jr.), (EBGM.10.LOPES). Tanto as dísticas “ética e humanística” como a monolítica “e ética” referem-se à concepção de como deve ser o aspecto moral da relação médico-paciente. A rigor, as duas primeiras são contraditórias, pois a ética pressupõe a humanidade, ou seja, a relação moral entre indivíduos ou populações humanas. Entretanto, pode-se inferir que, nestes casos, o termo “ética” (inclusive o da terceira ocorrência) assume um sentido deontológico de procedimento normatizado ou, até mesmo,

padronizado; e o termo “humanística” se nos apresenta designando um conjunto de práticas de atendimento, tais como simpatia, acolhimento, apoio etc.

As ocorrências deste núcleo sugerem que, em certa medida, parte das práticas educativas do ensino de bioética ignora a importância das ações de *interação/comunicação* para a formação do estudante de medicina. Sendo assim, e no que se refere à ação comunicativa, tais práticas tendem a formar o egresso para aquém da competência crítica e integral.

Contexto e realidade

Em uma perspectiva de formação integral do profissional médico, o estudante de medicina deve ser estimulado a desenvolver-se em direção às ações de interação e cooperação, consciente de que sua *ação comunicativa* durante a prática médica poderá ser influenciada pelo contexto e pela realidade em que se darão.

Portanto, a sua condição de médico-cidadão pressupõe que intervenha no contexto e na realidade em que atua, o que lhe exigirá um determinado grau de compromisso e de mobilização das suas competências (científicas, técnicas e morais).

Neste núcleo de sentido as 5 (cinco) ocorrências tratam, especificamente, das competências morais como saberes de convivência, por meio dos quais o estudante pode aproximar-se da competência crítica e integral.

O ensino de bioética na graduação médica pode exercer um papel para além da instrumentalização prática (necessária) do estudante, assumindo-se como um (EBGM.07.URTIGA) e

(EBGM.07.URTIGA) e a capacidade de intervir criticamente no (EBGM.07.URTIGA).

Neste sentido, as práticas de ensino podem atuar como meios de estimular e preparar o estudante para, durante sua atuação médica,

(EBGM.12.LIRA), o que

significa, também,

(EBGM.12.LIRA).

Por sugerir uma concepção de médico como um cidadão que, por meio de sua atuação profissional, tange questões situadas para além da doença e do doente, o sentido deste núcleo parece indicar que o ensino de bioética no currículo médico exerce, entre outras, a função estimuladora da *ação comunicativa* como um dos elementos integrantes da competência crítica e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUE RESULTADOS E EM QUE PROPORÇÃO

Após todo o percurso dissertativo, cabe finalmente considerar as possíveis contribuições deste estudo para o ensino da bioética na medicina e, conseqüentemente, para a própria educação médica.

Portanto, vale retomar os três objetivos básicos que foram definidos ainda quando do projeto que orientou este trabalho e, de uma ou outra forma, mencionados ao longo do desenvolvimento do texto.

Citando-os sinteticamente:

- (1) caracterizar e sistematizar o estado da arte do ensino de bioética na graduação médica brasileira;
- (2) identificar e analisar concepções, conceitos, métodos e pressupostos da bioética adotados nos conteúdos analisados; e
- (3) propor alternativa de organização do ensino de bioética para a graduação em medicina.

Face à pergunta acerca de os objetivos acima terem sido atingidos, concluímos que, ao menos parcialmente, sim. Mesmo não obtendo os resultados na dimensão desejada, julgamos tê-los atingido em nível satisfatório, considerados os limites e os dificultadores inerentes a um trabalho como este.

Até então, desconhecemos a existência de trabalho recente e semelhante que tenha investigado experiências de ensino de bioética levadas a cabo na graduação médica em todo território nacional. Sabemos de produções esparsas e relativas a uma ou outra instituição de ensino superior.

De tal modo que pensamos ter estruturado um razoável panorama do estado em que se encontra a questão da educação bioética na medicina do Brasil. Ressaltando que este resultado torna-se um pouco mais significativo quando

se faz acompanhar das comparações quantitativas entre a graduação médica e as outras graduações e, também, destas comparadas com as pós-graduações.

Não nos restringimos a identificar e avaliar os aspectos teóricos da bioética, explícitos ou implícitos no conteúdo estudado. De fato, apropriamo-nos das referências bioéticas que, de uma ou outra maneira, apareceram no material analisado, usando-as como recursos argumentativos em defesa de nossos posicionamentos críticos.

Para além da crítica, ousamos propor alternativas de solução ou de melhoria para alguns dos mais sérios problemas de organização do ensino de bioética na formação médica.

Afora isto, também somos conscientes de que os dados levantados são sugestivos e não imperativos, pois se originam de discursos que descrevem e/ou defendem práticas diversas que, por sua vez, se dão contextualizadas não só no âmbito global de relações sociais amplas, mas também no âmbito local de peculiaridades ímpares.

Tais contextos complexificam em muito o objeto estudado que, nestes casos, passa a exigir uma maior aproximação entre quem investiga e a realidade investigada.

Quiçá os resultados aqui elencados e suas respectivas fundamentações possam servir como ponto de partida para esta suposta e futura maior aproximação entre a realidade da formação em bioética no âmbito da educação médica e este aprendiz de investigador. Entretanto, esta é uma outra empreitada.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. 4ª ed. 2ª tiragem. SP: Martins Fontes, 2003.
- ABEM. *Anais do XLI Congresso Brasileiro de Educação Médica e XIII Fórum de Avaliação das Escolas Médica* In: Revista Digital de Educação Permanente em Saúde. Rio de Janeiro-RJ: ABEM, www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2003/anais_2003.pdf, 2003.
- ABEM. *Anais do XLII Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Vitória-ES: ABEM, www.abem-educmed.org.br , 2004.
- ABEM. *Anais do XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 29, nº 2, supl 1. Rio de Janeiro: ABEM, www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2005.
- ABEM. *Anais do XXXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica e XI Fórum de Avaliação das Escolas Médica*. Belém-PA: ABEM, www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2001/anais_2001.pdf , 2001.
- ABEM. *Anais do XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Petrópolis-RJ: ABEM, www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2000/anais_2000.pdf , 2000.
- AMM. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Educación Médica. <http://www.wma.net/s/policy/e15.htm>. Pilanesberg, Sudáfrica: 2006.
- ANJOS, M. F. Bioética em perspectiva de libertação. In: GARRAFA, V. & PESSINI, L. Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 455-465.
- ANJOS, M. F. Bioética: abrangência e dinamismo. O mundo da saúde, ano 21, v. 21, nº 1. São Paulo: 1997. p. 11.
- ANJOS, M. F. Teologia da libertação e Bioética. In: PRIVITERA, S. Dicionário de bioética. São Paulo: Santuário, 2000.
- ARAÚJO, U. F. Temas transversais e a estratégia de projetos. São Paulo: Moderna, 2003.
- ARENILLA, L. *et al.* Dicionário de pedagogia. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.
- ARISTÓTELES. Ética a Nicômaco. Coleção Os Pensadores, v. IV. São Paulo: Abril Cultural, 1973. p. 245-415).

- ÁVILA, R. L. É possível ensinar ética médica em um curso formal curricular? *Revista Bioética*, vol. 10, n^o 1. Brasília-DF: CFM, 2002.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola, 2002.
- BELLINO, F. Fundamentos da Bioética, aspectos antropológicos, ontológicos e morais. Bauru, SP: EDUSC, 1997.
- BERLINGUER, G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora UNB, 2004.
- BLEGER, J. Temas de psicologia: entrevistas e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- BOBBIO, N. A era dos direitos. 7^a reimpressão. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRANT R., V. M. Planejar e avaliar em currículo por competência. *Curso de Especialização em Educação à distância*, unidade 3, livro eletrônico, Rio de Janeiro: SENAC/DN, 2002.
- BRANT R., V. M. *PROMED*: investigação sobre iniciativas de inovação curricular em escolas médicas públicas do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. Trabalho completo apresentado no XIV Congresso Mundial de Ciências de la Educación: "Educadores para una nueva cultura", 2004.
- CFM. Resolução N^o 1.498. Poder Executivo. DOU, n^o 141, Seção 1. p. 69. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 1998.
- COHEN, C. & SEGRE, M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. *In* SEGRE, M. & COHEN, C. Bioética. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 17-26.
- DELORS, J. et al. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 9^a ed., São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC; UNESCO, 2002.
- DINIZ, D. & GUILHEM, D. O que é bioética. Coleção primeiros passos, v. 315. São Paulo: Editora Brasiliense, 2002.
- DINIZ, D. Educação médica: também uma questão de gênero. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 27, n^o 3. Rio de Janeiro: ABEM, 2003. p. 169-170.
- ENGELHARDT, H. T. Jr. Fundamentos da bioética. São Paulo: Loyola, 1998.

- FEUERWERKER, L. Educação Permanente e o SUS. Produzido para equipe do DEGES/SGTES/MS, versão disponibilizada e autorizada pela autora. Rio de Janeiro: Mimeo, 2004.
- FLEURY, A. & FLEURY, M. T. L. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf. Carnegie Foundation, 1910.
- FONTES, O. L. Educação biomédica em transição conceitual. Piracicaba: UNIMEP, 1999.
- FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo. In FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (orgs.) Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 11-24.
- FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FURTER, P. Educação permanente e desenvolvimento cultural. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1975.
- GARRAFA, V. & PORTO, D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, V. & PESSINI, L. Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 25-44.
- GARRAFA, V. Bioética cotidiana (resenha). In *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, nº 1. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004. p. 333-334.
- GARRAFA, V. Bioética e ciência - até onde avançar sem agredir. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V. & OSELKA, G. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de medicina, 1998. p. 99-110.
- GARRAFA, V. Dimensão da ética em saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP/*Kellogg Foundation*, 1995.
- GARRAFA, V. Radiografia bioética de um país - Brasil. *Revista Acta Bioethica*, ano VI, nº 1. Santiago do Chile: OPS/OMS, 2000.
- GOMES, A. M. A.; MOURA, E. R. F. & AMORIM, R. F. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. In *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, nº 02. p. 56-65. Rio de Janeiro: ABEM, 2006.
- Gonczy, A. *Problemas Asociados com la Implementación de la Educación Basada en Competencias: de lo Atomístico a lo Holístico: Formación*

basada en Competencia Laboral: Situación actual y perspectivas. Montevideo, Cintefor-OIT, Conocer, 1997.

HAY, E. J. *Just-In-Time: um exame dos novos conceitos de produção.* São Paulo: Maltese-Editorial Norma, 1992.

HONDA, A. K. & VIVEIRO, C. T. *Qualidade & excelência através da metodologia KAIZEN: um roteiro prático para consultores internos na implantação da qualidade total.* São Paulo: Editora Érica, 1993.

HOTTOIS, G. & PARIZEAU, M. H. *Dicionário da bioética.* Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

INEP. *Thesaurus Brasileiro da Educação.* <http://www.inep.gov.br/pesquisa/thesaurus>. Brasil: INEP/ME, 2001.

ISAMBERT-JAMATI, V. O apelo à noção de competência na *Revue L'orientation Scolaire et Professionnelle* – da sua criação aos dias de hoje. In ROPÉ, F. & TANGUY, L. (orgs.) *Saberes e competências; O uso de tais noções na escola e na empresa.* Campinas, SP: Papirus, 1997.

KAUFMAN, A. *Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica.* São Paulo: Ágora, 1992.

KOTTOW, M. *Desafios éticos en la construcción del Estado.* In *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética.* Foz do Iguaçu: SBB, 2005. p. 20.

KOTTOW, M. *Introducción a la bioética.* Santiago: Editorial Universitária, 1995.

LEPARGNEUR, H. *Bioética, novo conceito: a caminho do consenso.* São Paulo: Loyola, 1996.

MARKERT, W. *Trabalho, comunicação e competência: contribuições para a construção crítica de um conceito e para a formação do profissional transformativo.* Campinas/SP: Autores Associados, 2004.

MEC. *Lei de diretrizes e bases da educação nacional.* Brasília: 1996.

MEC. *Parâmetros curriculares nacionais: apresentação dos temas transversais e ética, v. 8, 3ª ed.* Brasília: MEC/SEF, 2001.

MEC/CNE/CES. *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.* Brasília: 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento.* São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

MOLINA, A. *Bioética: uma abordagem para iniciantes.* In MOLINA, A.; ALBUQUERQUE, M. C.; DIAS, E. *Bioética e humanização: reflexões e vivências.* Recife: EDUPE, 2003. p. 13-26.

MORIN, E. Dos demônios: atelier ao vivo do pensamento de Edgar Morin. São Paulo: Sesc, http://edgarmorin.sescsp.org.br/arquivo/download/arquivos/atelier_p2.pdf, 2000.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NEVES, N. C. Ética para os futuros médicos: é possível ensinar? Brasília: CFM, 2006.

OLIVEIRA, F. Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética. *In* GARRAFA, V. & PESSINI, L. Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 345-363.

OLIVEIRA, F. Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate. *In* Mesa redonda: Gênero e bioética. Buenos Aires: RAGCyT, 1998 *apud* OLIVEIRA, F. Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética. *In* GARRAFA, V. & PESSINI, L. (orgs.). Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 345-363.

PEGORARO, O. A. Ética e ciência 1: fundamentos filosóficos da bioética. *In* PALÁCIOS,

f, 2000.

P)Tj10.0345 0 0 12 152.76 539.12 OTTER0001 Tc(EGORAR27(P)T345 0 0 12 16.58 525.3220214m0.0001 TcR

5(F, 2003.32p. 345-363.)T-3 1 Tf4.13R.33.665 -1.15 TD(P)Tj,8 30)194 0 0 12 16470.(.0001 Tc(EGORAR25A4.0

- REGO, S. Educação e competência moral em Bioética. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.
- REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SCHRAMM, F. R. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. *In: MARINS, J. J. N. et al (orgs.)*. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2004. p. 165-185.
- REZENDE, L. R. *et al*. A bioética na educação superior em saúde à luz das diretrizes curriculares nacionais. *In Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. p. 160. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.
- ROCHE, J. A dialética qualificação-competência: estado da questão. *In TOMASI, A. (orgs.)* Da qualificação à competência: pensando o século XXI. Campinas, SP: Papirus, 2004.
- ROPÉ, F. & TANGUY, L. (orgs.) Saberes e competências; O uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas, SP: Papirus, 1997.
- SANCHES, M. A. Bioética, ciência e transcendência. São Paulo: Loyola, 2004.
- SANCHO, Juana María. Para uma tecnologia educacional. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- SAVIANI, D. Educação: do senso comum à consciência filosófica. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- SBB. *Anais do III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Cone Sul*. Porto Alegre: SBB, <http://www.bioetica.ufrgs.br/conres.htm>, 2000.
- SBB. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética del Mercosur*. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.
- SBB. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética*. Foz do Iguaçu: SBB, 2005.
- SCHRAMM, F. R. A autonomia difícil. *Revista Bioética*, vol. 6, n º 1. Brasília-DF: CFM, 1998.
- SCHRAMM, F. R. A Bioética da proteção em saúde pública. *In FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (orgs.)* Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 71-84.
- SCHRAMM, F. R. A Bioética, seu desenvolvimento e importância para as Ciências da Vida e da Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, vol. 48, nº 4. Rio de Janeiro: INCA, 2002. p. 609-615.
- SCHRAMM, F. R. A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. UNB: Brasília, 1996.

- SCHRAMM, F. R. Contribuições da bioética e da comunicação à educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 25, n^o 2. Rio de Janeiro: ABEM, 2001. p. 15-24.
- SEGRE, M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In SEGRE, M. & COHEN, C. Bioética. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 27-34.
- SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000 *apud* SCHRAMM, F. R. A Bioética da proteção em saúde pública. In FORTES, P. A. C. & ZOBOLI, E. L. C. P. (orgs.) Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 71-84.
- SERRES, Michel. Atlas. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- TOMASI, A. Qualificação ou competência? In TOMASI, A. (org.) Da qualificação a competência: pensando o século XXI. Campinas, SP: Papirus, 2004.
- UNESCO. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180POR.pdf>. Brasília, DF: Cátedra UNESCO de Bioética da UNB, 2005.
- VALENCIA, F. J. *El doble sentido del concepto de competencia*. In *Revista Magisterio, Educación y Pedagogía*, n^o. 1. Bogotá D. C.: 2003.
- VASCONCELOS, M. L. M. C. & BRITO, R. H. P. Conceitos de educação em Paulo Freire. São Paulo: Vozes, 2006.
- VÁSQUEZ, G. H. A estruturação do discurso bioético I: comunicação e linguagem. In GARRAFA, V.; KOTTOW, M. & SAADA, A. (orgs.) Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006. p. 163-181.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)