

Elcio Luiz Bonamigo

# Manual de **BIOÉTICA**

Teoria e Prática



5ª Edição Revisada e  
com índice Remissivo

**editora**  
**unoesc**

© 2023 Editora Unoesc

Direitos desta edição reservados à Editora Unoesc

É proibida a reprodução desta obra, de toda ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios, sem a permissão expressa da editora.

Fone: (49) 3551-2000 - Fax: (49) 3551-2004 - www.unoesc.edu.br - editora@unoesc.edu.br

**Editora Unoesc**

**Coordenação**

Tiago de Matia

Agente administrativa: Simone Dal Moro

Revisão metodológica: Carlos Libman

Projeto Gráfico e capa: Saimon Vasconcellos Guedes

Diagramação: Saimon Vasconcellos Guedes

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G515c Bonamigo, Elcio Luiz.  
Manual de Bioética: teoria e prática / Elcio Luiz  
Bonamigo. 5ª edição revisada e com índice remissivo. –  
Joaçaba: Editora Unoesc, 2023.  
376 p. : il.  
  
ISBN 978-85-98084-54-1  
Bibliografia: p. 341-369  
  
1. Bioética. 2. Ética médica. 3. Ética profissional.  
I. Título.  
  
CDD 174.2

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Unoesc de Joaçaba

**Universidade do Oeste de Santa Catarina – Unoesc**

Reitor

Ricardo Antonio De Marco

Vice-reitores de Campi

Campus de Chapecó

Carlos Eduardo Carvalho

Campus de São Miguel do Oeste

Vitor Carlos D'Agostini

Campus de Videira

Carla Fabiana Cazella

Campus de Xanxerê

Genesio Téó

Diretor Executivo

Jarlei Sartori

Pró-reitora de Ensino  
Lindamir Secchi Gadler

Pró-reitor de Pesquisa, Pós-Graduação,  
Extensão e Inovação

**Conselho Editorial**

Jovani Antônio Steffani

Tiago de Matia

Sandra Fachineto

Aline Pertile Remor

Lisandra Antunes de Oliveira

Marilda Pasqual Schneider

Claudio Luiz Orço

Ieda Margarete Oro

Silvio Santos Junior

Carlos Luiz Strapazzon

Wilson Antônio Steinmetz

César Milton Baratto

Marconi Januário

Marceli Maccari

Daniele Cristine Beuron

**A revisão linguística é de responsabilidade dos autores.**




# SUMÁRIO


PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO .....	19
PREFÁCIO À 2ª EDIÇÃO .....	21
PREFÁCIO À 3ª EDIÇÃO .....	23
PREFÁCIO À 4ª EDIÇÃO .....	25
PREFÁCIO À 5ª EDIÇÃO .....	27

## Parte I - Bioética Fundamental


INTRODUÇÃO .....	31
<b>1 CONTEXTO HISTÓRICO .....</b>	<b>35</b>
1.1 ORIGEM REMOTA .....	35
1.2 O SURGIMENTO DA BIOÉTICA.....	39
1.2.1 Caso Ann Karen Quinlan .....	40
1.2.2 O caso Tuskegee .....	40
1.2.3 Caso Diálise de Seattle .....	41
1.2.4 Caso Baby Doe .....	41
1.3 DEFINIÇÃO DE BIOÉTICA, CORRENTES E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS .....	43
1.4 BIOÉTICA E DIREITO .....	47




<b>2 FILÓSOFOS E CORRENTES FILOSÓFICAS RELACIONADOS À BIOÉTICA</b> .....	49
2.1 FILOSOFIA PRÉ-SOCRÁTICA.....	50
2.2 FILOSOFIA CLÁSSICA .....	53
2.3 FILOSOFIA MEDIEVAL.....	54
2.4 FILOSOFIA MODERNA .....	55
2.5 FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA.....	58
2.6 ALGUMAS CORRENTES FILOSÓFICAS .....	59
2.6.1 <b>Epicurismo</b> .....	59
2.6.2 <b>Hedonismo</b> .....	60
2.6.3 <b>Racionalismo</b> .....	60
2.6.4 <b>Empirismo</b> .....	61
2.6.5 <b>Utilitarismo</b> .....	61
2.6.6 <b>Criticismo</b> .....	62
2.6.7 <b>Positivismo</b> .....	62
2.6.8 <b>Pragmatismo</b> .....	63
2.6.9 <b>Reduccionismo</b> .....	63
2.6.10 <b>Fenomenologia</b> .....	63
2.6.11 <b>Existencialismo</b> .....	64
2.6.12 <b>Personalismo</b> .....	64
2.7 ATIVIDADE: ESTUDO DE TEXTOS.....	65
2.7.1 <b>Alegoria da caverna, de Platão</b> .....	65
2.7.2 <b>A corda estendida, de Nietzsche</b> .....	67







<b>3 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS</b> .....	69
<b>3.1 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA</b> .....	72
<b>3.1.1 Origens e inserção nos códigos morais</b> .....	72
<b>3.1.2 O papel do médico na autonomia do paciente</b> .....	75
<b>3.1.3 Autonomia e greve de fome</b> .....	76
<b>3.1.4 Autonomia em cesarianas</b> .....	77
<b>3.1.5 Autonomia e objeção de consciência</b> .....	80
<b>3.1.6 Autonomia e escolha do sexo do filho</b> .....	84
<b>3.1.7 Autonomia e vulnerabilidade</b> .....	85
3.1.7.1 Pobreza .....	86
3.1.7.2 Racismo .....	89
3.1.7.3 Autonomia do idoso .....	92
<b>3.1.8 Autonomia em psiquiatria</b> .....	93
<b>3.1.9 Autonomia e Ordem de Não Reanimar</b> .....	95
<b>3.2 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA</b> .....	96
<b>3.2.1 Origem e definição</b> .....	96
<b>3.2.2 Conceito de beneficência ideal</b> .....	98
<b>3.2.3 Limites da beneficência de Singer</b> .....	98
<b>3.3 PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA</b> .....	99
<b>3.3.1 Origem e definição</b> .....	99
<b>3.3.2 Matar e deixar morrer</b> .....	100
<b>3.3.3 Futilidade</b> .....	102



3.3.4 Medidas extraordinárias ou desproporcionais.....	103
3.3.5 Suicídio assistido.....	104
3.4 PRINCÍPIO DA JUSTIÇA.....	106
3.4.1 Origem e definição.....	106
3.4.2 Princípios e teorias de justiça.....	108
3.4.2.1 Utilitarismo e utilitarismo social.....	109
3.4.2.2 Igualitarismo.....	110
3.4.2.2.1 Filas.....	110
3.4.2.2.2 Sorteios.....	111
3.4.2.3 Liberalismo.....	112
3.4.2.4 Comunitarismo.....	112
3.5 PRINCÍPIOS MORAIS ACESSÓRIOS.....	112
3.5.1 Princípio da totalidade ou terapêutico.....	113
3.5.2 Princípio do mal menor.....	113
3.5.3 Princípio do duplo efeito.....	114
3.6 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO.....	115
4 BIOÉTICA E MEIO AMBIENTE.....	116
4.1 INTRODUÇÃO E DADOS DA HISTÓRIA.....	116
4.2 CONCEITOS.....	117
4.3 CAUSAS DOS DANOS AMBIENTAIS E TEORIA DO RISCO GLOBAL.....	118
4.4 DOCUMENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS.....	121

4.5 MEIO AMBIENTE E PRINCÍPIO DE PRECAUÇÃO .....	124
4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	125

## Parte II - Bioética especial

5 ABORTO .....	129
5.1 ETIMOLOGIA E DEFINIÇÃO .....	131
5.2 PERSONIFICAÇÃO DO FETO .....	132
5.3 TIPOS DE ABORTO .....	134
5.4 ABORTO LEGAL E CÓDIGOS DE ÉTICA PROFISSIONAIS .....	134
5.5 ABORTO E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA .....	138
5.6 AVALIAÇÃO ÉTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	139
5.7 ATIVIDADES PRÁTICAS SOBRE O ABORTO .....	141
5.7.1 Portaria MS n. 1508/2005 .....	141
5.7.2 <i>Projeção e discussão do documentário Uma história Severina</i> .....	142
6 FIM DE VIDA .....	143
6.1 EUTANÁSIA .....	143
6.1.1 <b>Notas históricas</b> .....	143
6.1.2 <b>Conceito e classificação de eutanásia</b> .....	145
6.1.3 <b>Aspectos éticos e legais da eutanásia</b> .....	148
6.2 DISTANÁSIA .....	150
6.2.1 <b>Notas históricas</b> .....	150

6.2.2 <b>Conceito</b> .....	150
6.2.3 <b>Causas da distanásia</b> .....	151
6.2.4 <b>Aspectos éticos e legais</b> .....	153
6.3 <b>ORTOTANÁSIA</b> .....	156
6.3.1 <b>Etimologia e conceito</b> .....	156
6.3.2 <b>Aspectos éticos e legais</b> .....	157
6.4 <b>MISTANÁSIA</b> .....	158
6.5 <b>SUICÍDIO ASSISTIDO</b> .....	159
6.6 <b>CUIDADOS PALIATIVOS, SEDAÇÃO PALIATIVA E SEDOANALGESIA</b> .....	161
6.7 <b>TESTAMENTO VITAL E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE</b> .....	165
6.8 <b>ATIVIDADE: SEMINÁRIO SOBRE FIM DE VIDA</b> .....	170
7 <b>GENÉTICA</b> .....	173
7.1 <b>NOTAS HISTÓRICAS</b> .....	173
7.2 <b>CONCEITOS</b> .....	175
7.3 <b>DOENÇAS HEREDITÁRIAS</b> .....	176
7.4 <b>ENGENHARIA GENÉTICA</b> .....	178
7.4.1 <b>Organismos vegetais geneticamente modificados</b> .....	180
7.4.2 <b>Organismos animais geneticamente modificados</b> .....	181
7.4.3 <b>Avaliação ética dos organismos geneticamente modificados</b> .....	181
7.5 <b>TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA</b> .....	182
7.5.1 <b>Inseminação artificial</b> .....	183

7.5.2 Fertilização <i>in vitro</i> com transferência de embrião (Fivet) .....	184
7.5.3 Avaliação ética.....	185
7.5.4 O bebê medicamento.....	187
7.6 EUGENIA .....	188
7.6.1 Dados da história .....	189
7.6.2 Definição .....	190
7.6.3 A nova eugenia .....	192
7.7 CLONAGEM .....	193
7.7.1 Definição .....	194
7.7.2 Tipos de clonagem.....	194
7.7.3 Clonagem em Declarações Internacionais de Bioética.....	196
7.7.4 Considerações sobre clonagem.....	197
7.8 CÉLULAS-TRONCO .....	197
7.8.1 Células germinais e adultas.....	198
7.8.2 Células-tronco embrionárias e adultas .....	198
7.8.3 Avaliação ética.....	199
7.9 TESTES GENÉTICOS .....	200
7.9.1 Diagnóstico pré-fecundacional .....	200
7.9.2 Diagnóstico pré-implantatório .....	201
7.9.3 Diagnóstico pré-natal .....	201
7.9.4 Triagem ou <i>screening</i> genético .....	202

7.9.5 <b>Avaliação ética</b> .....	202
7.10 ATIVIDADES: CINEMA E SEMINÁRIO SOBRE GENÉTICA.....	203
7.10.1 <b>Cinema</b> .....	203
7.10.2 <b>Seminário</b> .....	204
<b>8 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS</b> .....	207
8.1 INTRODUÇÃO.....	207
8.2 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS.....	208
8.2.1 <b>Princípios de Justiça em transplantes</b> .....	209
8.2.2 <b>Transplantes com doador vivo</b> .....	211
8.2.3 <b>Exigências quanto à equipe médica</b> .....	213
8.3 MORTE ENCEFÁLICA.....	214
8.4 ANENCEFALIA E TRANSPLANTES .....	215
8.5 FUTURO DOS TRANSPLANTES.....	216
8.6 AUTONOMIA DO DOADOR, VONTADE FAMILIAR E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	217
8.7 ATIVIDADES PRÁTICAS SOBRE MORTE ENCEFÁLICA.....	218
<b>9 BIOÉTICA EM PESQUISA E COMITÊS DE ÉTICA</b> .....	219
9.1 DADOS DA HISTÓRIA.....	219
9.2 RESOLUÇÃO CNS N. 466/12.....	222
9.3 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	224
9.4 PESQUISAS COM PLACEBOS .....	225

9.5 INADEQUAÇÕES NAS PESQUISAS BRASILEIRAS E VULNERABILIDADE HUMANA.....	228
9.5.1 Integridade na pesquisa .....	230
9.5.2 Plágio, autoplágio e falsificação .....	231
9.6 PESQUISAS COM ANIMAIS.....	232
10 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA.....	237
10.1 DADOS DA HISTÓRIA.....	237
10.2 PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	238
10.3 APLICAÇÃO DOS RECURSOS .....	239
10.4 JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	241
10.5 SOLIDARIEDADE COMO SOLUÇÃO .....	245

### Parte III - Bioética clínica

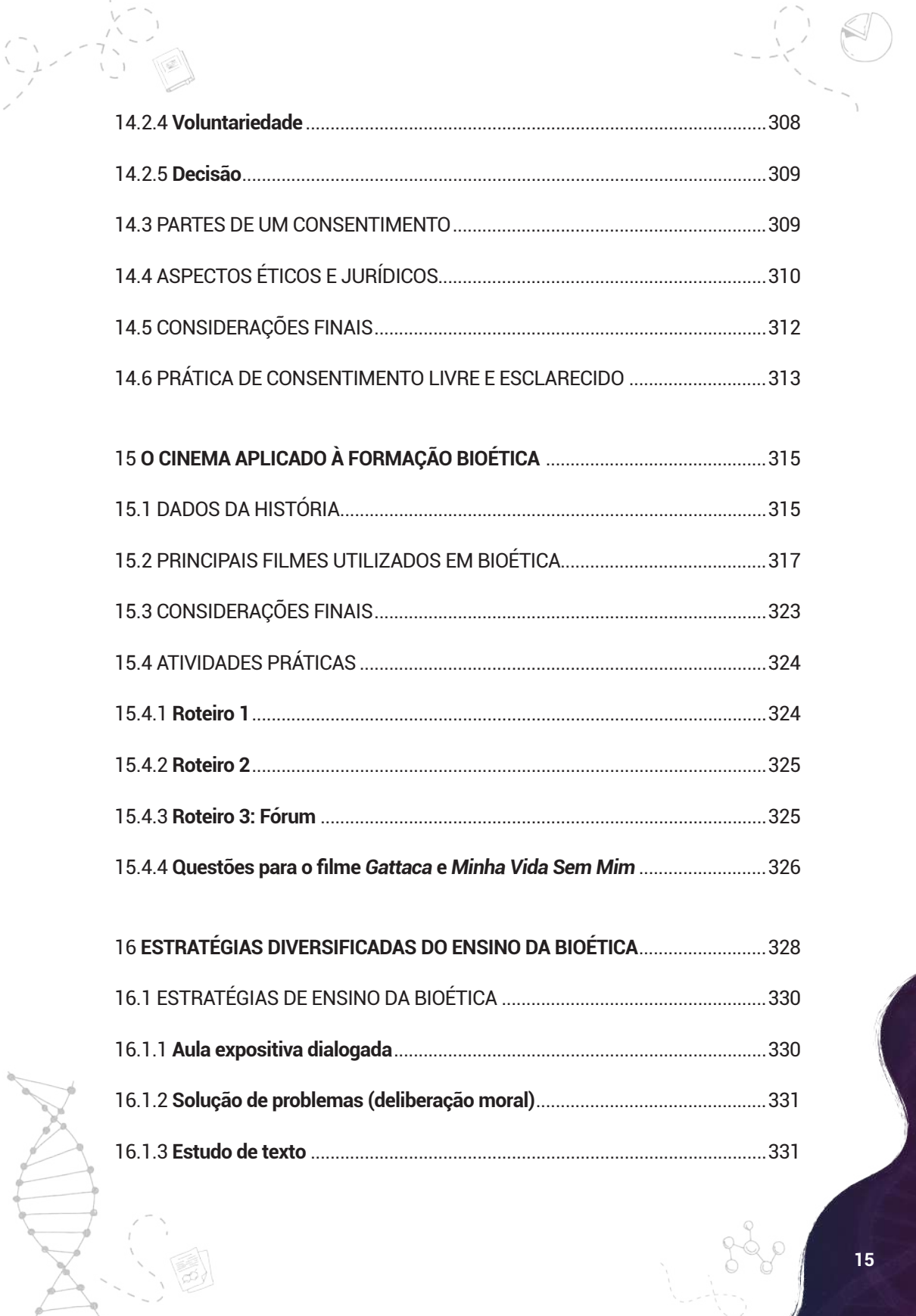
11 CASO RECUSA DE TRANSFUÇÃO: ANÁLISE MEDIANTE JULGAMENTO SIMULADO .....	249
11.1 INTRODUÇÃO.....	249
11.2 ETAPAS DO JULGAMENTO SIMULADO.....	250
11.3 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS DO JULGAMENTO SIMULADO.....	251
11.4 PAPÉIS A SEREM REPRESENTADOS NO JULGAMENTO SIMULADO .....	252
11.5 INÍCIO DO JULGAMENTO SIMULADO .....	253
11.5.1 Relatório do conselheiro relator .....	253

11.5.2 Relatório do conselheiro revisor .....	257
11.5.3 Participação dos advogados e conselheiros .....	258
11.5.4 Voto .....	258
11.5.4.1 Voto do conselheiro relator .....	259
11.5.4.2 Voto do conselheiro revisor .....	260
11.6 BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	261
12 COMITÊS DE BIOÉTICA E DELIBERAÇÃO DE CONFLITOS MORAIS .....	265
12.1 DADOS DA HISTÓRIA DOS COMITÊS DE BIOÉTICA.....	265
12.1.1 Caso Diálise de Seattle .....	266
12.1.2 Caso Ann Karen Quinlan .....	266
12.1.3 Caso Baby Doe .....	267
12.2 COMITÊS DE BIOÉTICA NA EUROPA E NO BRASIL: NOVAS TENDÊNCIAS.....	267
12.2.1 Funções e não funções .....	269
12.2.2 Componentes .....	270
12.2.3 Assuntos tratados nos Comitês de Bioética .....	271
12.3 PRINCIPAIS PROBLEMAS .....	272
12.3.1 Deliberação moral: problemas e dilemas.....	273
12.3.2 Passos para a deliberação.....	274
12.4 ESTADOS DA MENTE NA TOMADA DE DECISÃO.....	276
12.4.1 Certeza .....	277
12.4.2 Dúvida.....	277



12.4.3 <b>Opinião</b> .....	277
12.4.4 <b>Fé</b> .....	278
12.4.5 <b>Erro</b> .....	278
12.5 <b>PRÁTICA DE DELIBERAÇÃO DE CONFLITOS MORAIS</b> .....	278
12.5.1 <b>Caso 1: Solicitação de amputação de membros paralisados</b> .....	279
12.5.2 <b>Caso 2: Autonomia em cesarianas</b> .....	280
12.5.3 <b>Caso 3: Recusa de tratamento</b> .....	282
12.5.4 <b>Caso 4: Recusa de transfusão de sangue</b> .....	283
12.5.5 <b>Caso 5: Infanticídio (fonte: Cremesp)</b> .....	284
12.5.6 <b>Caso 6: Pedido de internamento de paciente jovem e idoso com UTI lotada</b> .....	285
<b>13 COMO DAR MÁS NOTÍCIAS AO PACIENTE E ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES NA COMUNICAÇÃO</b> .....	286
13.1 <b>HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS</b> .....	286
13.2 <b>ETAPAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS</b> .....	288
13.2.1 <b>S (Setting): preparo da entrevista</b> .....	289
13.2.2 <b>P (Perception): descobrindo o que o paciente sabe</b> .....	289
13.2.3 <b>I (Invitation): identificando o que o paciente quer saber</b> .....	289
13.2.4 <b>K (Knowledge): oferecendo a informação ao paciente</b> .....	290
13.2.5 <b>E (Emotions): respondendo às reações do paciente com empatia</b> .....	290
13.2.6 <b>S (Strategy and Summary): resumindo o plano estratégico de tratamento</b> .....	291

13.3 CUIDADOS PARALELOS NA COMUNICAÇÃO DA VERDADE .....	293
13.4 OS DETALHES: O OLHAR, O TOQUE E A FAMÍLIA .....	294
13.5 FASES DO PACIENTE AO RECEBER A NOTÍCIA .....	295
13.6 RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E NACIONAIS .....	296
13.6.1 <b>Declaração da Associação Médica Mundial</b> .....	296
13.6.2 <b>Código de Ética Médica</b> .....	296
13.6.3 <b>Resolução da Associação Médica Mundial sobre Genética e Medicina</b> .....	297
13.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	298
13.8 ATIVIDADE PRÁTICA 1: DRAMATIZAÇÃO.....	299
13.9 ATIVIDADE PRÁTICA 2: CINEMA.....	300
13.9.1 <b>Filme <i>Minha vida sem mim</i></b> .....	300
13.9.2 <b>FILME WIT – UMA LIÇÃO DE VIDA</b> .....	301
13.9.3 <b><i>Parada em Pleno Curso (Halt auf freier Strecke)</i></b> .....	301
<b>14 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO À PESQUISA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b> .....	302
14.1 DADOS DA HISTÓRIA.....	302
14.2 DEFINIÇÃO E ELEMENTOS DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	305
14.2.1 <b>Competência ou capacidade</b> .....	305
14.2.2 <b>Revelação</b> .....	306
14.2.3 <b>Entendimento ou compreensão</b> .....	307

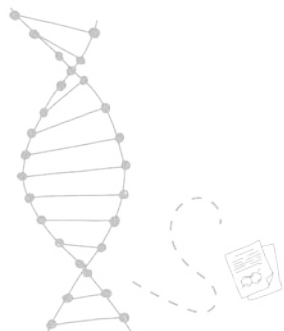


14.2.4 <b>Voluntariedade</b> .....	308
14.2.5 <b>Decisão</b> .....	309
14.3 PARTES DE UM CONSENTIMENTO .....	309
14.4 ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS.....	310
14.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	312
14.6 PRÁTICA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	313
15 <b>O CINEMA APLICADO À FORMAÇÃO BIOÉTICA</b> .....	315
15.1 DADOS DA HISTÓRIA.....	315
15.2 PRINCIPAIS FILMES UTILIZADOS EM BIOÉTICA.....	317
15.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	323
15.4 ATIVIDADES PRÁTICAS .....	324
15.4.1 <b>Roteiro 1</b> .....	324
15.4.2 <b>Roteiro 2</b> .....	325
15.4.3 <b>Roteiro 3: Fórum</b> .....	325
15.4.4 <b>Questões para o filme <i>Gattaca</i> e <i>Minha Vida Sem Mim</i></b> .....	326
16 <b>ESTRATÉGIAS DIVERSIFICADAS DO ENSINO DA BIOÉTICA</b> .....	328
16.1 ESTRATÉGIAS DE ENSINO DA BIOÉTICA .....	330
16.1.1 <b>Aula expositiva dialogada</b> .....	330
16.1.2 <b>Solução de problemas (deliberação moral)</b> .....	331
16.1.3 <b>Estudo de texto</b> .....	331

16.1.4 <b>Dramatização</b> .....	332
16.1.5 <b>Seminário</b> .....	332
16.1.6 <b>Estudo de caso</b> .....	332
16.1.7 <b>Julgamento ou júri simulado</b> .....	333
16.1.8 <b>Oficina</b> .....	333
16.1.9 <b>Estudo com pesquisa</b> .....	334
16.2 <b>OUTRAS ESTRATÉGIAS</b> .....	334
16.3 <b>VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES</b> .....	334
16.3.1 <b>Comitês de Bioética</b> .....	335
16.3.2 <b>Câmara de Vereadores</b> .....	335
16.3.3 <b>Alcoólicos Anônimos</b> .....	335
16.3.4 <b>Conselho Municipal de Saúde</b> .....	336
16.3.5 <b>Cinema</b> .....	336
16.4 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	336
17 <b>TELEMEDICINA</b> .....	338
<b>POSFÁCIO</b> .....	340
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	341
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	371



O homem é uma corda estendida entre o animal e o super-homem – uma corda sobre o abismo. Perigosa travessia, perigoso percurso, perigoso olhar para trás, perigoso tremor e paralisação (Friedrich Nietzsche).







## PREFÁCIO À 1ª EDIÇÃO


Este livro não tem a intenção de avançar nas fronteiras da Bioética, mas de reunir alguns conceitos básicos dispersos na literatura, principalmente nacional. Desde o lançamento do livro *Iniciação à Bioética*, editado pelo Conselho Federal de Medicina (1998), até a sempre atualizada obra *Problemas Atuais de Bioética* (2010, 9ª edição), dos professores Léo Pessini e Christian de P. Barchifontaine, muita literatura sobre o assunto foi disponibilizada.

Ademais, há importantes livros clássicos trazidos da literatura estrangeira que colaboram no estudo de conceitos básicos, como os *Princípios de Ética Biomédica* (2002), dos autores norte-americanos Tom L. Beauchamps e James F Childress, o *Manual de Bioética* (2002), escrito pelo Monsenhor italiano Elio Sgreccia, e *Fundamentos de Bioética*, da autoria do professor Diego Gracia (2008).

A justificativa para a realização desta obra adveio de dois fatores que se complementam: reunir os conceitos fundamentais dispersos na literatura e disponibilizar algum material prático e sugestões de atividades para ministrar aulas de Bioética.

Muitos conceitos inseridos neste livro refletem o aprendizado do autor com eminentes professores espanhóis, durante a realização do Máster em Bioética, realizado no Instituto de Consulta y Especialización em Bioética de Córdoba, Espanha, em convênio com a Universitat Internacional de Catalunya, durante o período de 2003-2005, e do Doutorado em Bioética y Biojurídica, realizado na Cátedra Unesco em convênio com a Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, durante o período de 2006-2010.

Esses conhecimentos foram confrontados com a recente literatura brasileira e latino-americana e atualizados principalmente através de



artigos das revistas *Bioethikos*, do Centro Universitário São Camilo; *Revista Bioética*, do Conselho Federal de Medicina; *Revista Brasileira de Bioética*, da Sociedade Brasileira de Bioética.

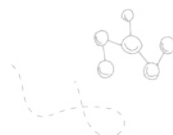
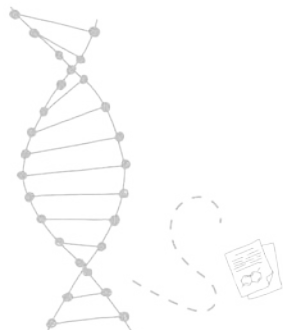
O objetivo principal desta obra é oferecer os conceitos básicos sobre cada assunto abordado e apresentar, quando pertinente, a estratégia de ensino utilizada pelo autor durante os sete anos de magistério na Universidade do Oeste de Santa Catarina.





## PREFÁCIO À 2ª EDIÇÃO

Os recentes avanços da Bioética brasileira motivaram o lançamento desta segunda edição tanto para fins de atualização quanto de aprimoramento do conteúdo. As novas edições das revistas especializadas em Bioética, com destaque para a *Revista Bioética*, do Conselho Federal de Medicina, *Bioethikos* e *O mundo da Saúde* do Centro Universitário São Camilo, atestam o avanço contínuo da Bioética brasileira. Por isso, foram selecionados e inseridos diversos conceitos resultantes dessas publicações, com ênfase para os seguintes assuntos: fim de vida, comitês de Bioética, ética em pesquisa, meio ambiente, pobreza e racismo, anencefalia e células-tronco, totalizando 30 novas referências. Dessa forma, a segunda edição continuou a oferecer os conceitos básicos em Bioética, contudo parcialmente revisados e aprimorados com atualizações advindas de contribuições das recentes publicações nacionais. O autor agradece cordialmente pelas críticas e sugestões advindas de amigos e eminentes bioeticistas, as quais possibilitaram a correção de algumas grafias e conceitos que foram imperfeitamente inseridos na edição anterior.







## PREFÁCIO À 3ª EDIÇÃO

A terceira edição, além de incorporar algumas publicações recentes da Bioética nacional, abordou, entre outros temas, as Diretivas Antecipadas de Vontade, recentemente aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina, o conceito de Ordem de Não Reanimar, atualmente em estudos para se tornar uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, e a Resolução CNS n. 466/12, que trata da pesquisa em seres humanos. Alguns assuntos foram ampliados, como ocorreu com a abordagem dos conceitos de “matar” e “deixar morrer”, a internação involuntária ou compulsória de pacientes incapazes e dos filmes utilizados para o ensino da Bioética. Os assuntos sociais (pobreza e vulnerabilidade) e ambientais, que apontam para o conceito de Bioética Integrativa a ser desenvolvido no século XXI, tiveram seus dados atualizados. A existência de inúmeros termos utilizados em Bioética, nem sempre identificáveis no sumário, motivou a inserção de um índice remissivo que viesse a facilitar suas localizações nas distintas partes do livro. O autor agradece as críticas e os elogios, bem como a todos os que, de alguma maneira, contribuíram para a ampla aceitação das duas edições anteriores deste Manual de Bioética: teoria e prática.





## PREFÁCIO À 4ª EDIÇÃO

Constantes evoluções do âmbito da Bioética publicadas na *Revista Bioética* e as novas Resoluções do Conselho Federal de Medicina foram alguns dos eventos que suscitaram a necessidade de atualização e publicação da 4ª edição do *Manual de Bioética: Teoria e Prática*. Alguns assuntos, como objeção de consciência, ordem e não reanimar, autonomia em cesarianas, autonomia do idoso, recusa de transfusão sanguínea, transplantes de órgãos e tecidos e sigilo profissional foram atualizados e, quando necessário, ampliados. A denominação do Consentimento Livre e Esclarecido foi uniformizada em conjunção com a Recomendação CFM 1/2016. A terminologia sobre Deliberação Moral foi harmonizada e foram incluídos dois novos casos para a prática do ensino. O capítulo sobre comunicação de más notícias conta agora com três sugestões de filmes didáticos para utilização como metodologia ativa de ensino. A Bioética proporciona estudos sobre temas fascinantes, os pontos de vista dos estudiosos nem sempre são convergentes, o que incentiva a discussão multidisciplinar para a construção de conceitos cada vez mais aprimorados. Ademais, mudanças constantes ocorreram recentemente em vários âmbitos da Bioética, mormente sobre assuntos de início e final da vida, contribuindo para a necessidade de atualização do livro. Nesse contexto, visando contribuir para a formação em Bioética dos alunos de graduação e pós-graduação, a presente edição tanto buscou a atualização do texto, em harmonia com a recente legislação, quanto seu contínuo aprimoramento.





## PREFÁCIO À 5ª EDIÇÃO

A necessidade de atualização do teor do livro, cuja primeira edição ocorreu há doze anos, juntamente ao objetivo de sua disponibilização on-line com acesso livre, foi a principal motivação para a publicação desta quinta edição. O livro não foi reescrito, mas temas como Diretivas Antecipadas de Vontade e Telemedicina, entre outros, que evoluíram sobretudo no âmbito nacional durante os últimos anos, mesmo brevemente, mereceram atualização ou menção durante a revisão. Por ocasião desta edição, ainda não eram conhecidos os aspectos éticos da inteligência artificial que recentemente assombrou o mundo pela sua capacidade e velocidade de ação na realização de tarefas, por isso não foi abordada. A deterioração do planeta, que foi uma preocupação dos primeiros bioeticistas, já foi abordada nas edições anteriores, mas considerou-se oportuno incluir as previsões de Hans Jonas feitas no século XX, com a análise de um dos autores atuais. As partes práticas com exercícios já testados pelo autor, os quais poderão auxiliar os professores no processo de ensino-aprendizagem de seus alunos, foram mantidas e, eventualmente, complementadas com temas atuais.

Uma boa leitura!



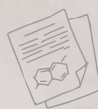
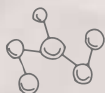






PARTE I

# BIOÉTICA FUNDAMENTAL





# INTRODUÇÃO

A escola hipocrática adotava as seguintes cadeiras básicas para a formação do médico: Medicina, Ciências, Filosofia e Retórica. A Ética, pertencente à Filosofia, inseria-se no contexto do ensino da Medicina como uma disciplina bastante valorizada por Hipócrates e seus seguidores.

Os princípios da beneficência e não maleficência provêm da Medicina hipocrática. A seguinte frase do Juramento de Hipócrates (século IV a.C.) está diretamente relacionada ao seu aparecimento: “Aplicarei os regimes para o bem do doente (beneficência) segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém (não maleficência).” A Ética Médica foi suficiente para fundamentar a conduta de seus profissionais até meados do século XX.

No entanto, na segunda metade do século XX, a Ética Médica mostrou sinais de insuficiência na solução de conflitos morais. Os avanços da Medicina e da ciência suscitaram o surgimento de problemas que ultrapassavam seus limites. Os dilemas surgidos nos casos da Diálise de Seattle, Anne Karen Quinlan e Baby Doe, nos Estados Unidos, foram emblemáticos para evidenciar a necessidade de ampliação dos limites da discussão. Esse conjunto de problemas e dilemas favoreceu a reflexão geral que propiciou o crescimento da Bioética como um novo ramo da Filosofia, inicialmente nos Estados Unidos e depois em todo o mundo. A Bioética foi sendo inserida como disciplina praticamente em todas as profissões da área da saúde de nosso país.

Algum tempo antes desses acontecimentos, a autonomia do paciente recebera um vigoroso impulso do Código de Nuremberg (1947), da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e Declaração de Helsinque (1964),

que sustentaram seu crescimento como um novo princípio bioético, inserido juntamente aos princípios hipocráticos da beneficência e não maleficência.

Outro princípio acolhido pela Bioética foi o da justiça. Muitos acontecimentos favoreceram essa aceitação. No entanto, o efeito do *The Belmont Report* (1978), resultante das injustiças cometidas no Caso Tuskegee, nos Estados Unidos, foi decisivo para sua aceitação e incorporação entre os princípios bioéticos.

Embora os quatro princípios não englobassem a solução de todos os conflitos da Bioética, a simplicidade de seu uso favoreceu a aceitação imediata pelos profissionais de saúde. Esse fator impulsionou o crescimento e a propagação da Bioética para o mundo.

No entanto, esse conjunto de princípios também se mostrou insuficiente para o contexto da Bioética atual, surgindo proposições de incorporação de outros princípios ou referenciais a essa disciplina que avança sem cessar.

A ideia dessa publicação originou-se do exame da bibliografia sobre Bioética em que os aspectos práticos estão pouco contemplados. Porquanto seja uma tarefa difícil mudar o caráter das pessoas, é possível despertar sua consciência moral por meio de metodologias mais efetivas. Para tanto, é preciso, além das aulas teóricas, introduzir trabalhos em grupo e oportunidades de vivências (D'ÁVILA, 2010). A metodologia da memorização aos poucos vai sendo substituída pela dialética. Dessa forma, vislumbrou-se a possibilidade de reunir e descrever aspectos teóricos e práticos recolhidos principalmente da literatura do Brasil e da Espanha e já colocados em prática nas salas de aulas e auditórios da Universidade do Oeste de Santa Catarina. O maior ou menor êxito de algumas estratégias de ensino foi constantemente verificado por meio de avaliações com os alunos. Os resultados positivos propiciaram a confiança necessária para o enfrentamento do desafio da publicação deste livro.

Um interessante estudo do professor Grisard (2002) encontrou que 95,8% dos alunos de Medicina tinham interesse por temas de Ética Médica e Bioética. O aprendizado, porém, depende, em parte, das estratégias de ensino adotadas. Anastasiou e Alves (2004) reuniram vinte estratégias entre as quais deve ser escolhida aquela que mais se adéqua a cada assunto. Há estratégias mais compatíveis com a Bioética; entre estas, pode ser escolhida aquela que é mais indicada a determinado assunto.

A aula expositiva dialogada é a ferramenta básica, mas, na prática, pode ser complementada com outras estratégias, como dramatização, julgamento simulado, seminário, oficina, filmes e estudo de texto. A dramatização e o uso de filmes são eficientes no aprendizado sobre como dar más notícias ao paciente, por exemplo. O julgamento simulado, além de ser o aprofundamento de um estudo de caso, favorece o discernimento e o desempenho comunicativo dos alunos. Um seminário aprofunda a reflexão sobre um determinado tema, por exemplo: genética, fim de vida, sigilo profissional, diretivas antecipadas de vontade, aborto e recusa de tratamento. Uma oficina pode auxiliar o aprendizado de elaboração de documentos, como o Consentimento Livre e Esclarecido e protocolo de Morte Encefálica. Os filmes servem para a reflexão sobre vários conflitos morais, bem como o desenvolvimento de habilidades pessoais e da sensibilidade ética. Um estudo de texto permite explorar grandes ideias de importantes autores.

Segundo o prólogo do *Dicionário de Bioética Latino-americana* (2008a), organizado por Juan Carlos Tealdi, os temas mais antigos da Bioética são: aborto, consentimento livre e esclarecido, início e fim de vida, pesquisa biomédica e transplantes. Os mais recentes podem ser resumidos da seguinte forma: clonagem, reprodução medicamente assistida, suporte vital, morte digna, eutanásia, meio ambiente e organismos geneticamente modificados. O presente livro, de maneira geral, busca dividir seu capítulo sobre Bioética Especial segundo as grandes áreas temáticas apresentadas

por esse recente dicionário, sem perder de vista aqueles assuntos contemplados pelo livro clássico brasileiro intitulado *Iniciação à Bioética*, publicado pelo Conselho Federal de Medicina, em 1998.

A metodologia adotada para este livro, quanto à sua estrutura geral, foi dividir os assuntos em três partes: Bioética Fundamental, Especial e Clínica. A teoria básica de cada assunto será acompanhada, sempre que possível, de descrição de atividade prática que mais se aplica ao tema.

A Bioética Fundamental (também denominada Geral) abordará: contexto histórico, filósofos e correntes filosóficas relacionados à Bioética, princípios bioéticos, Bioética e meio ambiente.

A Bioética Especial incluirá seis grandes temas: aborto, fim de vida, Genética, transplantes de órgãos e tecidos, Bioética em pesquisa e Comitês de Ética, Bioética e saúde pública.

A Bioética Clínica (também denominada Aplicada ou Decisinal) igualmente abrangerá seis temas: recusa de tratamento – análise por meio de Julgamento Simulado; Comitês de Bioética e deliberação de conflitos morais; como dar más notícias ao paciente e o uso da dramatização no desenvolvimento de habilidades; consentimento informado aplicado à pesquisa e assistência médica; o cinema aplicado à formação Bioética; estratégias diversificadas do ensino da Bioética.

É muito difícil separar a Bioética Clínica (Aplicada ou Decisinal) da Bioética Fundamental (ou Geral), observa Sgreccia (2009, p. 36). Entretanto, quando se trata da análise de casos concretos ou leis concretas, com o objetivo de buscar soluções práticas, embora se confunda com a Bioética Fundamental ou Geral, o assunto pertence à Bioética Clínica (POSTIGO SOLANA, 2006). Por isso, os seis assuntos citados no parágrafo anterior, que contêm aspectos eminentemente práticos de solução de problemas e ensino, foram incluídos em Bioética Clínica.

# 1 CONTEXTO HISTÓRICO

Neste capítulo, serão abordados alguns dados da história da Bioética e dos princípios bioéticos. Referente à história da Bioética, serão descritos alguns fatos marcantes ocorridos nos Estados Unidos, bem como sua evolução no Brasil. Quanto aos princípios, trata-se de suas origens na Medicina antiga até sua inserção na atual Bioética.

## 1.1 ORIGEM REMOTA

A Medicina Grega faz parte do contexto histórico da Bioética. O embrião da Medicina Ocidental e da própria Ética Médica desenvolveu-se na antiga Grécia, em um período que vai do século XIII a.C., com os conselhos de Esculápio, ao século IV a.C., por meio de Hipócrates e seus seguidores.

Em seus conselhos, Esculápio (século XIII a.C.) alertava para algumas dificuldades da prática médica, incluindo as ingratidões dos pacientes e familiares, acusações injustas por maus resultados e exigências de disponibilidade do profissional em caso de urgências, mas termina afirmando: "se anseias conhecer o Homem e penetrar na trágica grandeza de seu destino, então, torna-te médico, meu filho."

Hipócrates (460-377 a.C.), o pai da Medicina, nasceu na Ilha Grega de Kós e morreu em Larissa, cidade pertencente ao continente grego. Hipócrates foi um dos maiores gênios da Medicina. Sua fama ultrapassou as fronteiras gregas e sua memória foi imortalizada no contexto da história da humanidade. A Filosofia, em cujo contexto está a Ética, fazia parte do estudo da Medicina antiga e foi bastante valorizada pela escola de Hipócrates. Suas orientações foram posteriormente incorporadas à Medicina Ocidental com a qual mantém forte presença, inclusive no atual contexto. Muitos

aspectos éticos da relação médico-paciente, atualmente adotados, foram desenvolvidos pelos médicos gregos.

Embora o surgimento da Bioética tenha ocorrido de forma oficial somente na década de setenta do século XX, a beneficência e a não maleficência, dois dos princípios fundamentais incorporados como fundamentos da Bioética, tiveram sua origem na Ética Médica hipocrática. As duas frases diretamente relacionadas aos primeiros princípios bioéticos são as seguintes:

- a) em caso de enfermidade, faça de duas coisas um hábito: ajudar ou, pelo menos, não causar dano. Essa frase pertence ao livro de Hipócrates, intitulado *Epidemics*;
- b) aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. Essa frase pertence ao juramento de Hipócrates.

Para Beauchamp e Childress (2002, p. 295), com fundamento na primeira das frases citadas, a opção da Medicina hipocrática foi pela beneficência que mantém relação com o paternalismo. O prejuízo à autonomia justificava-se pela intenção de produzir benefícios ao paciente.

Na segunda frase, que pertence ao Juramento de Hipócrates, além dos princípios da beneficência e não maleficência, constam alguns termos que podem ser interpretados como o fundamento do paternalismo: "segundo o meu poder e entendimento".

O paternalismo é uma conduta que limita a autonomia do paciente em prol da beneficência. Gracia (2007, p. 42-44) considera que a atitude do médico hipocrático era claramente paternalista. Para tanto, o autor cita alguns escritos da época hipocrática que recomendavam ocultar a verdade, manter postura grave, bem como considerar o enfermo como moralmente incapaz.



Contudo, isso não permite interpretar que a Medicina hipocrática fosse sempre paternalista ou pregadora do paternalismo na sua forma mais radical para todas as classes sociais. Em relação ao atendimento dos escravos, o paternalismo foi confirmado por Platão (2010, p. 195) mediante uma descrição detalhada de seu livro *As Leis*:

[...] os escravos são geralmente tratados pelos escravos, em suas rondas pela cidade ou aguardando nos dispensários; e nenhum desses médicos dá ou recebe quaisquer explicações sobre as várias doenças dos diversos servos que tratam, limitando-se a prescrever para cada um deles o que julga certo com base na experiência, como se detivesse o conhecimento exato, e com auto-suficiência de um monarca despótico; em seguida passa de um ânimo muito rapidamente para outro servo enfermo, poupando assim seu mestre do atendimento dos doentes.

Se, de um lado, o paternalismo era bastante utilizado com os escravos, de outro, o respeito à autonomia do paciente estava bastante desenvolvido na assistência médica à classe livre. Conforme complementa a descrição de Platão (2010, p. 195), em *As Leis*, o atendimento aos não escravos pouco diferia do atual:

Mas o médico nascido livre se ocupa principalmente em visitar e tratar das enfermidades das pessoas livres e o faz investigando-as desde o começo e conforme o curso natural; conversa com o próprio paciente e com seus amigos, podendo assim tanto obter conhecimento daquele que padece da doença [e seus amigos] como transmitir a estes as devidas impressões na medida do possível. Ademais, ele não prescreve nada ao paciente enquanto não conquistar o consentimento deste, para só quando conseguiu então, mantendo a docilidade do paciente por meio da persuasão, realmente tentar completar a tarefa de devolver-lhe a saúde.

Por meio dessa descrição, não se pode afirmar que a relação médico-paciente grega se configure como típica de paternalismo. Em análise ponderada feita por Genival Veloso de França, de um lado, avalia-se que a beneficência era um princípio preponderante na Medicina hipocrática. De outro, observa-se que a Medicina descrita no *Corpus Hipocraticum* reveste-se “[...] de um admirável e comovente humanitarismo, de compaixão e afetividade.” (FRANÇA, 2007, p.

14). No entanto, o autor adverte que somente a partir de meados do século XX o paternalismo passou a ceder espaço para a autonomia (FRANÇA, 2007, p. 21).

O próprio Genival França (2006, p. 92) chama a atenção para o fato de essa opção ter sido adotada também na elaboração do Código de Ética Médica brasileiro, de 1988, interpretando que “[...] num conflito de princípios e hierarquicamente superior eleito neste diploma foi o princípio da beneficência.” Contudo, acrescenta o autor, a autonomia não é excluída pela utilização do princípio da beneficência. Assim, conclui que somente a autonomia irresponsável poderia excluir a beneficência.

Dessa forma, percebe-se claramente que a adoção do princípio da beneficência, tanto na Medicina Grega quanto Brasileira e considerando-se o contexto das épocas em que foram praticadas, ocorreu de maneira equilibrada, sem prejuízo importante à autonomia, não significando a opção pelo paternalismo na sua opção mais forte. Atualmente, algumas correntes bioéticas tendem a favorecer o crescimento da autonomia do paciente na sua forma mais forte em detrimento da beneficência. O próprio Código de Ética Médica brasileiro (CFM, 2018) mudou, conforme pode ser observado nos Princípios fundamentais:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (CFM, 2018).

Embora no teor desses novos códigos haja importantes restrições, esse princípio admite a autonomia como um Direito Fundamental do paciente a ser respeitado pelo médico. Contudo, alguns aspectos da hierarquia do princípio da beneficência permanecem inalterados, como é o caso da greve de fome.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

## 1.2 O SURGIMENTO DA BIOÉTICA

Em 1970, o biólogo norte-americano Van R. Potter iniciava uma nova fase da Ética, adotando a palavra “Bioética”, que fora inventada pelo pastor alemão Fritz Jahr em 1927, para designar essa nova disciplina que emergia em diversos lugares do mundo. Pessini (2013) chama a atenção para o conceito de Bioética concebido por ambos os autores (Jahr e Potter) que ia muito além do paradigma da Bioética de Princípios, aproximando-a da ecologia e da integração humana como uma ciência cada vez mais necessária para a sobrevivência da humanidade.

No entanto, os recentes avanços da ciência médica, principalmente nos Estados Unidos, suscitaram conflitos que incentivaram o desenvolvimento da Bioética de Princípios, restringindo, de certa forma, o enfoque ambiental. Ademais, o mundo ainda se ressentia dos efeitos das pesquisas inadequadas realizadas pelos nazistas, na Alemanha, com total desrespeito à autonomia dos indivíduos investigados. Em consequência, a autonomia do participante de investigação e do paciente recebeu um impulso favorável dos seguintes documentos: Código de Nuremberg (1948), elaborado pelo Tribunal de Nuremberg; Declaração de Helsinque (1964), elaborado pela Associação Médica Mundial devido às pesquisas inadequadas em seres humanos que continuavam a se realizar pelo mundo e da Declaração dos Direitos do Homem (1948) emitida pela Organização das Nações Unidas.

Como fatores próximos, alguns conflitos morais foram decisivos para o desencadeamento da necessidade de organização da nova Ética. Os casos mais conhecidos ocorreram nos Estados Unidos e são os seguintes: dificuldade de seleção de pacientes para a Diálise de Seattle; caso Tuskegee; estado vegetativo persistente prolongado de Ann Karen Quinlan; não autorização de cirurgia pelos pais do recém-nascido apelidado *Baby Doe*. Esses acontecimentos marcantes, que serão tratados a seguir,

desencadearam profunda reflexão não somente nos Estados Unidos, mas em todo o mundo, favorecendo o nascimento e crescimento da Bioética.

### 1.2.1 Caso Ann Karen Quinlan

Karen Ann Quinlan vivia em New Jersey e tinha 22 anos de idade quando, em 15 de abril de 1975, entrou na emergência de um hospital em estado de coma. A etiologia da sintomatologia nunca foi esclarecida, mas supõe-se que houve a ingestão de librium, valium, barbitúrico e gim-tônica. Como a paciente permanecia em estado vegetativo persistente, o caso foi levado à Justiça. O juiz solicitou parecer do Comitê de Ética do hospital. Tal comitê ainda não existia. Para resolver o impasse, o comitê foi criado às pressas e deu parecer de irreversibilidade do quadro de Karen. Em 31 de março de 1976, a Suprema Corte concedeu direito ao desligamento do respirador. Este foi desconectado, porém Karen sobreviveu por mais nove anos, despertando nas pessoas profundas reflexões sobre a terminalidade da vida, a beneficência e a não maleficência dos tratamentos (GOLDIM, 1997a).

### 1.2.2 O caso Tuskegee

Durante o período de 1932 a 1972, desenvolveu-se nos Estados Unidos, mais especificamente em Tuskegee, no Alabama, uma pesquisa inadequada envolvendo 399 negros sifilíticos (GOLDIM, 1999).

Tais participantes, em prol da ciência, foram impedidos de utilizar a penicilina quando esta foi descoberta e disponibilizada na década de 1940. As consequências foram graves tanto para os participantes da pesquisa quanto para seus familiares. Esse caso tornou pública a injustiça que era feita aos participantes de determinadas pesquisas. A comissão que analisou

o caso divulgou um documento, o *Belmont Report*, que veio a influir na sistematização da Bioética, consagrando o princípio da justiça como um dos princípios fundamentais da Bioética.

### 1.2.3 Caso Diálise de Seattle

Em 1961, o médico norte-americano Belding Scribner descobriu cânulas apropriadas para a realização de diálise. No entanto, no centro em que se realizava a diálise, havia poucos aparelhos, apenas sete, para muitos pacientes com insuficiência renal que buscavam tratamento. Como fazer justiça? Decidiu-se que a seleção de pacientes para tão escassas vagas seria função de um comitê anônimo e multiprofissional que foi especialmente formado para tal fim. "Eles decidem quem vive e quem morre", disse um jornal sobre o comitê (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003a). Os critérios adotados pelo comitê não foram publicados. Esse caso favoreceu a reflexão geral sobre a justiça em recursos escassos e, por analogia, na sua aplicação em outras situações, como transplantes de órgãos e distribuição de recursos públicos para a saúde pública.

### 1.2.4 Caso Baby Doe

Em 1982, nasceu nos Estados Unidos uma criança com Síndrome de Down que também era portadora de fístula traqueoesofágica. Os pais não concordaram com a realização de cirurgia. Os médicos apelaram ao judiciário, mas a criança faleceu antes da decisão judicial (GOLDIM, 1997a).

O fato repercutiu negativamente perante a população. Após esse acontecimento, o governo americano recomendou a formação de comitês hospitalares de ética para pronunciarem-se em tais situações. Inclusive, como incentivo, os hospitais com comitê em funcionamento passaram a

receber mais recursos públicos. Esse caso favoreceu a discussão sobre a autonomia do paciente ou seu responsável legal em adotar decisões sobre a vida e a morte e impulsionou a criação dos comitês multiprofissionais hospitalares de Bioética.

No Canadá, a evolução da Bioética foi bastante similar a dos Estados Unidos. Na Europa, segundo descreve Sgreccia (2002, p. 29-30), na década de 1980, a Espanha foi o país pioneiro no desenvolvimento da Bioética, por meio de Francesc Abel e P. Cuyas, que estavam vinculados ao Instituto Borja de Bioética. A Bioética espanhola e a mundial receberam um impulso da notável obra *Fundamentos de Bioética*, de autoria do professor Diego Gracia. Posteriormente, vários países implantaram na Europa seus centros de reflexão em Bioética ou Ética Biomédica. Na Universidade Católica de Roma, destaca-se o primeiro Centro de Bioética da Itália, fundado em 1985, que funciona vinculado à Facoltà di Medicina e Chirurgia Adolfo Gemelli.

Na América Latina e Caribe, a evolução da Bioética foi ainda mais recente, iniciando no final da década de 1990. No Brasil, a Bioética evoluiu desde o início dos anos noventa e, segundo Garrafa (1998), os seguintes fatos contribuíram para seu progresso:

- a) publicação da *Revista Bioética*, pelo Conselho Federal de Medicina, em 1993, e *O Mundo da Saúde*, pelo Centro Universitário São Camilo, do estado de São Paulo;
- b) fundação da Sociedade Brasileira de Bioética, em 1995;
- c) criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 1996, pelo Ministério da Saúde, e da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio), vinculada ao Ministério de Ciência e Tecnologia;
- d) criação do Comitê Hospitalar de Bioética, pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital de Clínicas de São Paulo e Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro.

A primeira disciplina de Bioética no Brasil foi oferecida durante o ano de 1994, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB), com a denominação *Introdução à Bioética*. Uma pesquisa feita no Brasil constatou que a Bioética, durante o ano de 2001, começava a ser lentamente introduzida nos planos de ensino das faculdades de Medicina (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003b). No entanto, nos anos seguintes, o progresso foi relevante. Em 2005, aproximadamente, 37,5% das faculdades de Medicina do Brasil<sup>2</sup> possuíam a disciplina de Bioética (BONAMIGO, 2005).

No contexto geral, a surpreendente descoberta dos trabalhos de Fritz Jah e a revalorização da ciência da sobrevivência de Van Potter tendem a dar novos rumos à Bioética do século XXI. Os problemas ambientais e sociais, cada vez mais preocupantes, corroboram a importância dos conceitos originais destes ilustres personagens e incentivarão o redirecionamento da atual Bioética Deliberativa para Bioética Integrativa, cujos horizontes incluem a sobrevivência do planeta e dos seres vivos, bem como a integração cultural, científica, filosófica e ética dos seres humanos (abordagem pluralista). Os bioeticistas precisam ficar atentos para essa mudança de paradigma, que é crucial para a adoção de novos rumos da Bioética em que se inclui a preservação das futuras gerações.

### 1.3 DEFINIÇÃO DE BIOÉTICA, CORRENTES E PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

A Bioética possui diversas definições. Uma definição que merece ser mencionada, pela sua objetividade e aceitação mundial, foi elaborada pelo professor Warren Reich, em 1978, com o seguinte teor: "Bioética é o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção à

<sup>2</sup> Neste estudo comparativo, encontrou-se que, em 2005, 37,5% das faculdades de Medicina do Brasil tinham a disciplina de Bioética, enquanto na Espanha a porcentagem já alcançava os 60,6%.

saúde, enquanto que esta conduta é examinada à luz dos princípios e valores morais." (GOLDIM, 1997c). O próprio Reich apresentou outra definição em 1995, mas não obteve a mesma difusão como essa<sup>3</sup>.

Beauchamp e Childress (2002, p. 54) foram os grandes sistematizadores da Bioética de princípios, também denominada principialista, apesar da discordância dos próprios organizadores com essa terminologia. Os seguintes princípios fundamentais foram adotados pelos autores: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Referente à origem, os princípios relacionam-se aos seguintes documentos bioéticos:

- a) Beneficência: Juramento de Hipócrates;
- b) Não maleficência: Juramento de Hipócrates e o livro *Medical Ethics*, de Thomas Percival;
- c) Autonomia: Código de Nuremberg (1947) e Declaração de Helsinque (1964);
- d) Justiça: *Belmont Report* (1979), resultante do Caso Tuskegee, ocorrido no Alabama, Estados Unidos.

Os quatro princípios bioéticos, de um lado, apresentaram a vantagem de simplificar os conflitos resultantes dos avanços da Medicina, equacionando melhor os problemas morais e favorecendo o entendimento dos profissionais de saúde. De outro lado, a inexistência de uma hierarquia de princípios e a falta de outros que contemplem, por exemplo, a solidariedade humana, a precaução e a responsabilidade com as futuras gerações constituem alguns dos defeitos apontados para a continuidade da aplicação da Bioética de princípios norte-americana.

<sup>3</sup> Em 1995, o Professor Warren Reich apresentou a seguinte definição: Bioética é o estudo sistemático das dimensões morais - incluindo visão moral, decisões, conduta e políticas - das ciências da vida e atenção à saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas em um cenário interdisciplinar.



Por essas razões, alguns autores propuseram posteriormente outras maneiras de organizar os princípios bioéticos. Recentemente, um estudo sobre os princípios da Bioética, realizado por Abellán Salort (2006, p. 45), reuniu as principais correntes atuais e seus respectivos princípios:

- a) Bioética personalista. Princípios: defesa da vida física, liberdade e responsabilidade, terapêutico ou de totalidade, solidariedade (socialização) e subsidiariedade;
- b) Kemp. Princípios: vulnerabilidade, dignidade, autonomia e integridade;
- c) Manuel Atienza. Princípios: autonomia, dignidade, universalidade ou igualdade e informação.

Os princípios da Bioética personalista incorporaram uma das virtudes que faltam à Bioética de princípios: a solidariedade. Kemp acrescenta a dignidade e Atienza, a igualdade ou universalidade.

Outra proposição recentemente formulada (HOSSNE, 2006) recomenda que os quatro princípios bioéticos sejam considerados referenciais e se façam acompanhar de outros com a argumentação de que estes, os referenciais, incluem a reflexão bioética, além dos direitos e deveres preconizados por aqueles.

Elena Postigo (2006) oferece um panorama universal e relaciona a existência das seguintes correntes bioéticas: o principialismo norte-americano, o principialismo moderado de Diego Gracia, o utilitarismo e funcionalismo, o contratualismo, a Ética de Mínimos, a Ética do cuidado, a Ética narrativa e a Bioética casuística.

Em todo esse conjunto de sistematizações, não se observa o princípio da precaução como um princípio bioético. Não obstante, está previsto por autores como Tomás Garrido, Pastor García e Abellán Salort (2006, p. 49),

entre outros. Na Europa, possui forte presença na legislação e jurisprudência da União Europeia (CONSEJO EUROPA, 2000). Em nosso país, seguindo essa tendência, Hossne (2008) propõe a inclusão do referencial da prudência nos fundamentos bioéticos. A precaução é um dos componentes da prudência que, por sua relevância no contexto dos avanços científicos, vem adquirindo progressivamente o *status* de princípio bioético (BONAMIGO, 2011, p. 149).

Os avanços constantes da ciência continuam desafiando a Bioética a encontrar princípios que contemplem as novas situações que se apresentam. Por isso, a Bioética está em franca evolução. Várias correntes críticas surgiram na Bioética da América Latina: Instrumental, de Intervenção, de Proteção, Narrativa, Jurídica, Ponderação de Princípios, Complexidade e de Direitos Humanos.

Duas dessas recentes correntes merecem ser especialmente abordadas: a Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção. A Bioética de Intervenção constitui uma nova forma de pensar bioético, em que as pessoas participam ativamente das mudanças consideradas necessárias.

*Las acciones cotidianas de personas concretas deben ser tomadas en su dimensión política, en un proceso dialéctico en el cual los sujetos sociales se organizan entre sí, con la sociedad civil y con el Estado, articulando e influyendo en sus acciones.* (GARRAFA; PORTO, 2008, p. 164).

A Bioética de Intervenção, portanto, busca a transformação social por meio da ação conjunta entre pessoas e Estado. Outra corrente bioética que propõe uma ação positiva para amparar os menos favorecidos é a Bioética de Proteção.

*La protección se juega en el terreno de las realidades personales y sociales. No hay intención alguna de remplazar las éticas basadas en justicia con una ética de protección, pero sí de insinuar una inversión de su oportunidad de acción. Los inmaduros, los mentalmente incompetentes, los socialmente desaventajados requieren acciones protectoras para llegar a igualarse con los*

*demás o, si ello no es posible, de recibir el cobijo para vivir sin penurias y con algunas satisfacciones.* (KOTTOW, 2008, p. 166).

A desigualdade é o estímulo para o desenvolvimento da Bioética de Proteção. Os desiguais são desigualmente tratados. Por isso, sua aplicação é preconizada nos países em vias de desenvolvimento, em que a desigualdade social prepondera e a ética de ação visa a favorecer os indivíduos mais vulneráveis.

## 1.4 BIOÉTICA E DIREITO

A principal interface entre a Bioética e o Direito encontra-se na Bioética normativa (CARREIRO; OLIVEIRA, 2013). As Declarações e Convenções internacionais, oriundas da Bioética normativa, oferecem novos instrumentos de avaliação para o Direito. Como principais exemplos cita-se a *Declaração Universal sobre Genoma Humano e Direitos Humanos*, a *Declaração Internacional sobre Dados Genéticos* e a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO*.

A tendência é que as normas surjam no âmbito da Bioética para, posteriormente, transformarem-se em leis. Não obstante, o espaço de tempo entre ambas poderá não ser curto. Um recente exemplo ocorreu com as Diretivas Antecipadas de Vontade, aprovadas recentemente como uma norma deontológica da profissão médica por meio da Resolução 1.995/2012, mas sem aprovação de lei no Congresso Nacional. Entretanto, o Ministério da Saúde adotou as Diretivas Antecipadas de Vontade como diretrizes para pacientes em cuidados paliativos através da Resolução n. 41/2018 (BRASIL, 2018) e, posteriormente, da Portaria SAES/MS n. 1.399/2019 (BRASIL, 2019) para pacientes oncológicos. Na América Latina, Porto Rico aprovou sua lei em 2001, México em 2008, Argentina e Uruguai em 2009 e Colômbia em 2014 (MONTEIRO; SILVA JÚNIOR, 2019).

A interface da Bioética normativa com o Direito possui aspectos bastante positivos à medida que preenche o vazio normativo e propicia ao judiciário adotar decisões sem que haja leis específicas como ocorreu com o aborto em caso de anencefalia. Os avanços científicos são rápidos e tenderão a ampliar progressivamente o vazio legal existente devido ao delongado tempo necessário para a tramitação e aprovação das leis. Assim, a Bioética normativa irá suprir essa importante lacuna para orientar a conduta dos profissionais de saúde.

## 2 FILÓSOFOS E CORRENTES FILOSÓFICAS RELACIONADOS À BIOÉTICA

A palavra *filosofia* foi utilizada pela primeira vez por Pitágoras, que viveu por volta do século VI a.C. O aparecimento da Filosofia na época pré-socrática propiciou o abandono do mito e da religião como fonte do conhecimento, inaugurando uma nova mentalidade com base na razão<sup>4</sup>.

Os principais significados da Filosofia são os seguintes: busca da verdade, sinônimo de pensar e sinônimo de saber viver (CORDI, 2003, p. 13). A Medicina hipocrática incorporou o ensino da Filosofia na formação dos primeiros médicos, cuja prática se mantém até os nossos dias, principalmente por meio das disciplinas Ética Médica e Bioética. A Bioética é multidisciplinar e está inserida no currículo escolar das profissões da saúde, sobretudo dos médicos, enfermeiros, odontólogos e fisioterapeutas.

A Filosofia antiga dedicava-se inicialmente à natureza, mas, posteriormente, voltou-se para o homem que, na época, era considerado o centro do universo. Por isso, a Filosofia pré-socrática denominou-se período cosmológico e a Filosofia socrática, antropológico (CHAUÍ, 2002, p. 28). A ruptura do antropocentrismo somente iniciou com a teoria heliocêntrica de Copérnico (1543) e continuou com a teoria da evolução darwiniana (1859). Em consequência dessas duas descobertas, o homem tanto perdeu sua importância no contexto universal quanto descobriu ser apenas mais uma espécie animal, embora bastante diferenciada (MARCONDES, 2005, p. 254).

A terceira ruptura do antropocentrismo veio por intermédio de Freud (1856-1939), que descobriu a influência do inconsciente no agir humano. Assim, modificou-se o conceito de que o homem era um ser puramente

<sup>4</sup> Razão é a faculdade de julgar que caracteriza o ser humano. As explicações míticas e religiosas reinantes cederam lugar à razão. Pitágoras foi um grande matemático e inventor do teorema: o quadrado da hipotenusa é igual à soma do quadrado dos catetos.

racional, embora seja o único a possuir essa capacidade. Posteriormente, a revolução da informática trouxe a quarta ruptura de conceitos ao inventar máquinas avançadas, colocando em dúvida a exclusividade da racionalidade humana (MARCONDES, 2005, p. 254).

Finalmente, a quinta ruptura ocorreu com a revolução biológica que tornou possível a manipulação da espécie humana. Essa área de fronteira científica propiciou o crescimento da Bioética, uma nova importante disciplina de reflexão que era dispensável até poucas décadas atrás (MARCONDES, 2005, p. 255). Essa nova dimensão gera efeitos tão relevantes que vai impulsionar a evolução da Bioética de Princípios para a Bioética Integrativa que engloba o meio ambiente em suas reflexões.

A Filosofia, com a retórica, a ciência e a medicina, fazia parte dos estudos para a formação médica desde os tempos de Hipócrates (LYONS; PETRUCELLI, 1997, p. 195). A Bioética é um dos ramos da Filosofia. Dessa forma, alguns conceitos filosóficos são fundamentais para o entendimento da Bioética; outros mantêm estreita relação. Neste capítulo, serão abordados de forma sucinta os principais filósofos e correntes filosóficas que tenham alguma relação, direta ou indireta, com a Bioética ou que sejam conceitos interessantes para o estudioso da Bioética<sup>5</sup>.

## 2.1 FILOSOFIA PRÉ-SOCRÁTICA

Os filósofos pré-socráticos influenciaram no aparecimento da Filosofia Clássica. Além de fazerem parte da história da Filosofia, seus ensinamentos permaneceram por meio da história e fundamentaram algumas doutrinas

<sup>5</sup> Este capítulo pretende tão somente oferecer alguns conceitos básicos de Filosofia que estejam relacionados à Bioética ou que sejam interessantes para aqueles que se dedicam à Bioética. A sistemática foi inspirada na aula da professora Maria Elena Postigo, durante o *Máster em Bioética*, em Córdoba, Espanha, durante o ano 2005, parcialmente disponível em: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4335/757/>.

filosóficas atuais. Os seguintes filósofos, entre outros, fizeram a história da Filosofia pré-socrática (MARCONDES, 2005, p. 31; COTRIM, 2003, p. 77): Anaxágoras, Anaximandro, Anaxímenes, Demócrito, Empédocles, Górgias, Heráclito, Leucipo, Melisso, Parmênides, Protágoras, Tales de Mileto, Xenófanes e Zenão.

Na busca de explicação para a constituição e origem das coisas, Anaxágoras de Clazômena (500-428 a.C.) explicava que a realidade era composta por muitos elementos aos quais denominava homeomerias. Anaximandro (610-547 a.C.) preconizava o *ápeiron* (o indeterminado, o infinito) como sendo a massa geradora que continha os elementos de todos os seres. Anaxímenes de Mileto (588-524 a.C.) considerava que o ar era o princípio de todas as coisas (COTRIM, 2003, p. 79).

Demócrito (460 a 370 a.C.) nasceu na cidade grega de Abdera. Sua importância histórica adveio, entre outras coisas, por ter considerado o átomo como princípio explicativo primordial de todo o processo (MARCONDES, 2005, p. 25). Demócrito inventou a palavra átomo, que é composta das partículas *a* (não) e *tomos* (cortar). Entretanto, o fundador da escola atomista foi Leucipo.

Empédocles de Agrigento (490-430 a.C.) admitia como elementos primordiais a terra, o fogo, o ar e a água. Os dois princípios universais opostos que movem os elementos são amor, por sua força de atração e união, e ódio, por sua força de repulsão e desagregação (COTRIM, 2003, p. 84).

Górgias (487-380 a.C.) foi professor de Retórica<sup>6</sup> e Oratória em Leontini, na Sicília, foi um dos grandes oradores da Grécia que se dedicou a aprofundar o subjetivismo relativista (COTRIM, 2003, p. 93). Disse o filósofo, em tom de ceticismo, que "mais importante do que o verdadeiro é o que pode ser provado." Disse também que "o bom orador é capaz de convencer qualquer pessoa sobre qualquer coisa."

<sup>6</sup> Retórica é a arte de utilizar a linguagem em um discurso persuasivo por meio do qual se visa a convencer uma audiência da verdade de algo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999).

Heráclito de Éfeso (530-470 a.C.), Ásia Menor, é considerado o filósofo mais importante da filosofia grega pré-socrática. Criou a teoria do mobilismo, impulsionado pela luta de forças contrárias (COTRIM, 2003, p. 81), designando-a com os termos *panta rei* (tudo flui). A sua frase mais conhecida é a de que: "Não podemos entrar duas vezes no mesmo rio, pois suas águas se renovam a cada instante."

Para Parmênides da Eleia (544-450 a.C.), ao contrário da teoria de Heráclito, o ser é imóvel e imutável. Segundo o filósofo, "o ser é, o não ser não é." O ser existe, imóvel, imutável e não se pode negar sua existência. O "não ser" é a mudança e o movimento constitui uma ilusão. Seu discípulo Melisso interpretou o ser como "eterno, imutável, atemporal e incriado." (MARCONDES, 2005, p. 37).

Protágoras (480-411 a.C.), assim como Demócrito, viveu em Abdera, no século V a.C. Como defensor do subjetivismo, considerava que "tal coisa é verdadeira se para mim é verdadeira (COTRIM, 2003, p. 92). Consagrou o subjetivismo, que é uma forma de relativismo, com a célebre frase: "O homem é a medida de todas as coisas."

Tales de Mileto (640 a 546 a.C.) é considerado o "Pai da Ciência" e também o "Pai da Filosofia" (COTRIM, 2003, p. 78). Entre outras coisas, disse Tales: "O que é difícil? Conhecer-te a ti mesmo. O que é fácil? Aconselhar os outros."

Xenófanes de Colofón (570-460 a.C.), da escola jônica, defendia um deus único que se identifica com a própria natureza e a terra como elemento que dava origem a todas as coisas (MARONDES, 2005, p. 32).

Zenão da Eleia (488-430 a.C.) ficou famoso por seus paradoxos. Um paradoxo contém um argumento aparentemente correto e uma conclusão contraditória (MARCONDES, 2005, p. 37). Zenão contava a seguinte história sobre Aquiles e a Tartaruga: a tartaruga inicia sua corrida à *frente de Aquiles, um veloz corredor que sai correndo atrás. Teoricamente Aquiles não*



*alcançaria a tartaruga porque o espaço entre os dois poderia ser dividido ao infinito do ponto de vista matemático. No entanto, Aquiles ultrapassa a tartaruga sem problemas. Com o mesmo raciocínio dos espaços indivisíveis, expunha que uma flecha lançada jamais atingiria o alvo.*

Esses filósofos preocupavam-se tanto com o ser humano quanto com a natureza e foram os precursores da Filosofia Clássica cujo foco das reflexões voltou-se para o entendimento do ser humano como centro do universo (antropocentrismo).

## 2.2 FILOSOFIA CLÁSSICA

A Filosofia Clássica contou com três grandes filósofos: Sócrates, Platão e Aristóteles.

Sócrates (470 a 399 a.C.) era filho de um carpinteiro e de uma parteira. Por isso, utilizava-se da maiêutica<sup>7</sup>, que consiste em um método de obtenção da verdade por meio de perguntas sucessivas, buscando o nascimento da verdade como se fosse um prolongado parto. Sócrates modificou o foco da filosofia anterior, voltada, sobretudo, para a natureza, iniciando a Filosofia Clássica, voltada ao estudo do ser humano. Para Sócrates, a essência do ser humano é sua alma como sede de sua razão e de seu "eu consciente"; o autoconhecimento ("conhece-te a ti mesmo") era considerado essencial (COTRIM, 2003, p. 94). Foi condenado à morte, por meio da ingestão de um veneno denominado cicuta, após ser acusado de corromper a juventude.

Platão (427-348 a.C.) foi discípulo de Sócrates. Seu nome de batismo era Arístocles, mas foi apelidado Platão por ter os ombros largos. Platão foi o grande sucessor de Sócrates, registrando por escrito os principais ensinamentos de seu mestre. Escreveu a *Apologia de Sócrates*, *As Leis* e *A*

<sup>7</sup> Maiêutica significa: "Arte de trazer luz".

*República*, entre muitos outros livros. Ensinava nos jardins de Academus de onde surgiu a palavra Academia. No livro *A República*, escreveu o conhecido *Mito da Caverna*.

Aristóteles (384 a 322 a.C.) nasceu em Estagira, na Macedônia. Recebeu educação filosófica em Atenas, onde foi aluno de Platão. Escreveu os livros: *Metafísica* e *Ética a Nicômaco*, entre muitos outros. Ensinava no Templo de Apolo Lício, que deu origem à palavra Liceu. Foi professor de Alexandre o Grande. Manifestou interesse pela pesquisa empírica e por questões biológicas, o que pode ser explicado por seu pai ser um médico (MARCONDES, 2005, p. 69).

## 2.3 FILOSOFIA MEDIEVAL

Na Filosofia Medieval, destacam-se os seguintes filósofos: Santo Agostinho, Boécio, Santo Tomás de Aquino e Guilherme de Ockam.

A Filosofia de Aureliano Agostinho (354-430) pertence à corrente filosófica denominada patrística, que reúne o conjunto de textos escritos pelos grandes padres. Escreveu o livro *Confissões*. Disse Santo Agostinho a seguinte frase sobre sigilo que se aplica perfeitamente à Medicina, bem como a outras profissões: "O que sei por confissão, sei menos que aquilo que nunca soube."

O filósofo romano Anicius Manlius Severinus Torcuatus Boethius (480-524) viveu em Roma durante a passagem da Filosofia Clássica para a Medieval. Exerceu um cargo na corte de Teodorico, mas foi condenado à morte. Um grande mérito de Boécio foi definir pessoa como "substância individual de origem racional.". Boécio envolveu-se também na discussão dos conceitos "universais", com o seguinte exemplo: se a espécie de cão, do gênero animal, tem existência real ou se a "espécie" e o "gênero" são apenas

conceitos "universais" que existem somente na mente humana ou são uma realidade concreta (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 272).

São Tomás de Aquino (1227-1274) foi um dos grandes seguidores de Aristóteles. Em seu livro *Suma Teológica*, traz importantes definições sobre as principais virtudes humanas: prudência, temperança, justiça e fortaleza. Aquino divide a prudência em cognoscitiva (razão, intelecto, docilidade e sagacidade) e preceptiva (previdência, circunspecção e precaução). (AQUINO, 2012). Destaque-se que, em caso de tomada de decisão em situações incertas, cada vez mais frequentes, a precaução assume especial importância no âmbito da prudência.

Guilherme de Ockam (1280-1350), frade franciscano inglês, separou a teologia e a física. A verdade da fé é inacessível à razão. Ockam ficou famoso pela expressão "navalhas de Ockam", que é um princípio de economia na explicação dos fatos. Seu princípio era que "não se deve multiplicar os entes existentes além do necessário." (JAPIASSU; MARCONDES, 2011, p. 206).

## 2.4 FILOSOFIA MODERNA

A Filosofia Moderna produziu importantes conhecimentos que são utilizados na Bioética. Os principais filósofos dessa época são: René Descartes, Thomas Hobbes, John Locke, Barão de Montesquieu, Immanuel Kant, Jeremy Bentham, Augusto Comte, John Stuart Mill, Friedrich Nietzsche, Karl Marx e Friedrich Engels.

O francês René Descartes (1596-1650) é considerado o Pai da Filosofia Moderna. Sua corrente filosófica denominou-se racionalismo (DESCARTES, 1973, p. 54). Escreveu em seu livro *Discurso do Método* a famosa frase: "*Cogito, ergo sum* (Penso, logo existo)" como verdade fundamental da filosofia do racionalismo. Adotou a dúvida metodológica para alcançar a verdade: "se

duvido até mesmo das verdades matemáticas, não posso duvidar de que tenho consciência de duvidar, portanto, de que existo enquanto tenho esta consciência." (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 69).

O filósofo inglês Thomas Hobbes (1588-1679) era eminentemente um seguidor do empirismo e um pensador político. Sua filosofia deu origem ao Estado totalitário, que pode ser sintetizado por meio de sua frase escrita no livro *Leviatã*: "O homem é o lobo do homem" e que há necessidade de um pacto social entre as pessoas (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 134).

John Locke (1632-1704) manifestou sua vocação filosófica no livro *Ensaio sobre o entendimento humano*, escrito em 1690. Sua corrente filosófica para explicar o conhecimento humano foi o empirismo em contraposição ao racionalismo de René Descartes (1973). Disse o filósofo que "nada há na inteligência que, antes, não tenha estado nos sentidos." Portanto, o conhecimento humano deriva da experiência sensível obtida por meio dos sentidos (sensação). Para Locke, "nossa mente é um papel em branco." Disse também que "o homem é uma tábua rasa" - *não há conhecimento inato, somente empírico* (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 170).

Charles de Secondat (1689-1755), o Barão de Montesquieu, pertencia à corrente filosófica denominada Iluminismo, que prega a defesa da ciência e do racionalismo crítico. O grande feito de Montesquieu foi escrever o livro *O Espírito das Leis* (MONTESQUIEU, 1973), no qual preconizou a separação entre poderes do Estado: Legislativo, Judiciário, Executivo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 192).

O filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804) viveu em Königsberg, cidade de onde nunca saiu. Seu principal livro foi *Crítica da razão pura*. Kant (1996, p. 55) aprofundou a teoria do conhecimento humano por meio do empirismo e racionalismo, analisando a participação de cada uma dessas correntes filosóficas. Para Kant (1996, p. 55), o homem não é somente um papel em branco, cuja teoria admite que o conhecimento

venha *a posteriori*, mas possui conhecimento *a priori*, como é o caso da matemática e dos universais.

Jeremy Benthan (1748-1832) é considerado o fundador do utilitarismo. A utilidade é o principal critério da atividade em geral. O princípio da utilidade é o principal critério de atividade que contribui para o alcance da felicidade (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 29). Foi o criador do termo deontologia que, posteriormente, foi adotado por Immanuel Kant em seus imperativos categóricos.

A corrente filosófica denominada de positivismo foi organizada pelo filósofo francês Augusto Comte (1798-1857), com o principal objetivo de organizar a sociedade cientificamente. Como doutrina, o positivismo aceita a valorização máxima da ciência e a distribuição de felicidade para o maior número de pessoas (utilitarismo). "O estado positivo é ter atingido a ciência." (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 49). A ciência é percebida como a esperança de solução aos problemas humanos. Os pontos negativos do positivismo são: utilitarismo moral, materialismo, considerar que apenas a ciência é válida e desconsiderar o valor intrínseco do ser humano. O lema da Bandeira Nacional "Ordem e Progresso" é de inspiração positivista.

O inglês John Stuart Mill (1806-1873) continuou os estudos de Jeremy Benthan impulsionando o desenvolvimento do utilitarismo em sua obra *Utilitarianism* (1863). Essa doutrina prega a felicidade como sendo o prazer e a ausência de dor. O utilitarismo consiste ainda em maximizar o bem para o maior número de pessoas. Uma das críticas feitas ao utilitarismo é que a minoria pode ser sacrificada em benefício da maioria. Outro aspecto que gera críticas refere-se ao fato de que o utilitarismo valoriza as consequências e não as intenções da ação. O interesse e o prazer constituem as molas da conduta humana" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 188). Mill escreveu diversos livros e fez carreira política chegando a pertencer ao Parlamento Britânico.

O filósofo alemão Friedrich Nietzsche (1844-1900) utilizou o termo niilismo para descrever a decadência europeia representada pela ruína dos valores tradicionais e descrença no futuro. Nietzsche evoca dois deuses gregos para explicar o comportamento humano. De um lado, o espírito do deus Apolo produz ordem, harmonia e razão. De outro, o espírito do deus Dionísio traz emoção, aventura e desordem. Dessa forma, há um confronto entre o espírito apolíneo e o dionisiaco (COTRIM, 2003, p. 213). A libertação do homem do jugo da religião e de Deus transformá-lo-ia em super-homem, segundo Nietzsche, autor de *Assim falou Zaratustra*, entre outros livros. Nessa obra, descreve a parábola do homem como uma corda estendida a atravessar o abismo em busca da condição de super-homem.

Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895) são filósofos alemães que produziram obras conjuntas, como o *Manifesto do Partido Comunista*, publicado em 1848, em que sintetizam os princípios do comunismo e oferecem uma compreensão materialista da história (COTRIM, 2003, p. 203).

## 2.5 FILOSOFIA CONTEMPORÂNEA

Os filósofos da Filosofia Contemporânea também influenciaram e alguns ainda influem no desenvolvimento da Bioética. Os seguintes filósofos pertencem a essa época: Jean Paul Sartre, Michel Foucault, Jürgen Habermas, H. Tristram Engelhardt.

Jean Paul Sartre (1905-1980) é um representante do existencialismo francês. A existência precede à essência e a liberdade está na própria essência humana. Sartre adotava o niilismo, que significa não crer em nenhuma verdade moral ou hierarquia de valores. Nega o valor do absoluto como verdade ou valor ético. Adota a liberdade como um valor fundamental: "o homem está condenado a ser livre" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 246).

Michel Foucault (1926-1984) dedicou-se, entre outras coisas, a estudar os micropoderes com os quais os seres humanos esbarram constantemente. Em seu interessante estudo, Foucault observa que, ao contrário do que parece, não é somente o poder estatal que exerce forte influência sobre os indivíduos. Os micropoderes exercidos por pais, porteiros, professores, fiscais etc. constituem a microfísica do poder (COTRIM, 2003, p. 229).

O filósofo alemão Jürgen Habermas (1929-) pertence à corrente denominada filosofia da linguagem, por meio da qual a razão decorre do diálogo e da argumentação. A organização social deve favorecer a ação ou a razão comunicativa. A razão surge "da chamada ação comunicativa, do uso da linguagem como meio para conseguir o consenso" (COTRIM, 2003, p. 226).

O professor H. Tristram Engelhardt, médico e filósofo norte-americano (1941-2002), prega a tolerância como a primeira virtude secular fundamental na moralidade e no respeito mútuo entre as pessoas. As demais virtudes são o liberalismo e a prudência (ENGELHARDT, T., 2004, p. 504).

## 2.6 ALGUMAS CORRENTES FILOSÓFICAS

O pensamento de alguns filósofos transformou-se em correntes filosóficas. A seguir, serão abordadas as correntes que mais se aproximam da Bioética.

### 2.6.1 Epicurismo

O epicurismo é a Filosofia adotada pelo filósofo Epicuro (324 a 271 a.C.), que nasceu em Samos e viveu em Atenas, onde fundou sua escola

que pregava a felicidade como princípio básico. O epicurismo valoriza o prazer e considera agir eticamente à satisfação dos desejos e das necessidades naturais de forma moderada e equilibrada como forma de obter a tranquilidade e a felicidade (MARCONDES, 2005, p. 94). O supremo bem consiste no domínio das paixões. O bem ocorre por meio da obtenção do prazer.

## 2.6.2 Hedonismo

Trata-se de uma corrente filosófica de conotação negativa, pois prega o prazer como soberano, bem como primeiro princípio moral e sinônimo de felicidade. Essa corrente filosófica difere do conceito de felicidade de Aristóteles e do próprio epicurismo, que busca o bem por meio do prazer e não este como um soberano bem. O consumismo é uma forma de pensar do hedonismo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 127).

## 2.6.3 Racionalismo

Razão é a capacidade de julgar, de distinguir o verdadeiro do falso. O racionalismo considera a razão como fundamento de todo o conhecimento. O racionalismo opõe-se à superstição. Ao contrário do empirismo, na teoria do racionalismo, a razão independe da experiência (COMTE-SPONVILLE, 2003, p. 440). O decantado princípio filosófico de Descartes – penso, logo existo – está fundamentado no racionalismo. Kant, em seu racionalismo crítico, associa a crítica com o sentido de valor na aquisição de conhecimento e tal exame deve ser equilibrado, não se inclinndo demasiadamente nem para o dogmatismo da razão, nem para o empirismo dogmático que tudo reduz à experiência (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999, p. 60).



## 2.6.4 Empirismo

O empirismo é uma contraposição ao racionalismo de René Descartes. John Locke lança as ideias do empirismo em seu livro *Ensaio sobre o entendimento humano*. Segundo essa corrente, o conhecimento é adquirido por meio da sensação, primeiramente, e, depois, pela reflexão. É a negação do conhecimento inato (racionalismo). A observação de uma sequência de eventos permite a aquisição de conhecimento. A mente humana é um papel em branco que vai adquirindo conhecimentos empiricamente. Tudo aquilo que está na inteligência foi primeiramente uma sensação (ARANHA; MARTINS, 2002, p. 90).

## 2.6.5 Utilitarismo

O utilitarismo é uma corrente filosófica desenvolvida por Claude-Adrien Helvetius (1715-1771) e Jeremy Bentham (1748-1832) que a intitularam *Princípio de Utilidade*. Posteriormente, Stuart Mill (1806-1873) publicou o livro *Utilitarianism* sintetizando e defendendo o útil ou princípio da máxima felicidade como a maximização do benefício e a redução da dor ou sofrimento (utilitarismo). A felicidade é entendida por Stuart Mill como a conquista do prazer com ausência de dor. A infelicidade significa dor e privação de prazer. Em termos práticos, a política do bem-estar social foi favorecida por essa corrente filosófica (MARCONDES, 2008, p. 116-118). O utilitarismo ficou bastante conhecido como a doutrina que prega "o maior bem para o maior número." Isso gerou críticas por sacrificar as minorias em benefício das majorias. No entanto, a principal crítica contra o utilitarismo refere-se à sua fundamentação nas consequências da ação e não em suas intenções ou na bondade da ação.

## 2.6.6 Criticismo

Immanuel Kant (1724-1804) tenta encontrar uma solução para a dicotomia existente entre o racionalismo e o empirismo. O ser humano possui o conhecimento puro, diz Kant, que são formas ou conceitos *a priori* (KANT, 1996, p. 54). Nesse aspecto, discorda da afirmação de John Locke de que a mente é um papel em branco. A mente possui condições prévias que ajudam a construção do conhecimento. O ser humano possui também o conhecimento empírico, *a posteriori*, aquele que ocorre após a experiência do contato com a matéria (COTRIM, 2003, p. 174). Esse conhecimento *a priori* independe de toda a experiência e de toda a impressão sensível. O ser humano também possui os juízos universais, como é o caso da matemática (GRACIA, 2007, p. 334). O conhecimento puro permite a formação dos juízos universais, como falar sobre a humanidade, por exemplo, que é um conceito totalmente abstrato. A sensibilidade desencadeia o processo de conhecimento que se complementa com as condições existentes *a priori* alcançando o conhecimento. O criticismo estuda a validade e os limites da nossa razão pura.

## 2.6.7 Positivismo

A sociedade, segundo o positivismo do filósofo francês Augusto Comte (1798-1857), inicia com a Teologia, avança pela Metafísica e finalmente atinge a etapa positiva. O positivismo valoriza o empirismo como fonte de conhecimento e preconiza a organização científica da sociedade. O positivismo tem o sentido de promover o culto à ciência e sacralizar o método científico conduzido pela técnica e pela ciência. O positivismo é uma nova proposta de empirismo e vai além dela ao formular leis gerais sobre os fatos observados e, assim, prever fenômenos naturais (COTRIM, 2003, p. 189).

## 2.6.8 Pragmatismo

O significado de verdadeiro para o pragmatismo "é aquilo que é útil, que dá certo, que interessa." Na prática, o "resultado é o que interessa, ou seja, a validade da ideia está na concretização dos resultados que se propõe obter." O pragmatismo valoriza mais os efeitos da ação (eficácia e sucesso) do que os princípios (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 223). Até a moral é desprezada em prol do pragmatismo. Este tende a ser consequencial, ou seja, a agir segundo as consequências desejadas e a combinar-se com o utilitarismo por sua ação que valoriza os resultados e não as intenções.

## 2.6.9 Reduccionismo

Em consequência do empirismo, positivismo e pragmatismo, o homem pode ser conceituado inadequadamente apenas do ponto de vista de sua constituição material ou de suas consequências. O reduccionismo é reduzir um fenômeno a elementos simples para explicá-lo (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 236). Um exemplo prático é denominar o paciente por seu número ou referir-se a ele como caso. Outro exemplo desse reduccionismo é considerar o embrião humano como fonte de células e não como um ser humano potencial merecedor de dignidade. Nesse exemplo, ocorre a redução do homem que se transforma em um meio aos demais e não como um fim em si mesmo.

## 2.6.10 Fenomenologia

Fenomenologia é a "volta às coisas mesmas" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 105). Enquanto a metafísica estuda o ser, a fenomenologia estuda

o próprio fenômeno. A investigação fenomenológica estuda as experiências internas do indivíduo. A fenomenologia interpreta o mundo por meio daquilo que o indivíduo percebe, ou seja, a consciência que resulta de suas próprias experiências. Geor W. F. Hegel (1770-1831) usou o termo e Edmund Husserl (1859-1938) foi o criador da fenomenologia.

### 2.6.11 Existencialismo

O existencialismo preconiza a liberdade, a responsabilidade e a subjetividade do ser humano. Este é dono do seu próprio destino que constrói durante a sua existência. "Cada indivíduo é definido por aquilo que ele faz" (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 99). O existencialismo é a filosofia da liberdade no seu sentido mais radical. Blaise Pascal (1623-1662) e Sören A. Kierkegard (1813-1855) foram os precursores do existencialismo e Jean Paul Sartre, o grande existencialista.

### 2.6.12 Personalismo

O personalismo é a corrente bioética que considera a pessoa como um fim e não como um meio. Como defensor, destaca-se Mounier e seu grupo de colaboradores da *Revista Spirit*, fundada em 1932 (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 216). Prega a valorização do ser humano, mas opõe-se ao individualismo e ao materialismo. Por isso, não aceita a manipulação de embriões para fabricar tecidos humanos, nem a prática da eutanásia. O ser humano possui dignidade ontológica (em si mesmo). Os seus atos dar-lhe-ão a dignidade moral. O Papa João Paulo II (Karol Wojtyla) foi um dos seguidores do personalismo. A escola personalista evoluiu com o monsenhor Elio Sgreccia, entre outros grandes autores.

## 2.7 ATIVIDADE: ESTUDO DE TEXTOS

De acordo com Anastasiou e Alves (2004, p. 80), existem vinte estratégias para o ensino superior. O estudo de texto visa a explorar as ideias do autor e obter informações. As operações predominantes de pensamento em estudos de texto são: identificação, obtenção, organização, crítica, análise, reelaboração e resumo do texto. O estudo avalia o contexto, o texto, o tema, a interpretação e a extrapolação, bem como a problematização (mensagem) do autor. A avaliação considera como o participante cumpriu cada operação do pensamento durante sua apresentação escrita ou oral.

Com a finalidade de contemplar o objetivo prático desta obra, foram escolhidos para o estudo dois textos relevantes da Filosofia: *Alegoria da caverna*, de Platão, *A corda estendida*, de Friedrich Nietzsche. A análise dos textos tanto difunde o conhecimento filosófico neles imortalizados quanto permite a discussão de suas mensagens que são aplicáveis aos dias atuais no âmbito da Bioética. Para facilitar o estudo, os textos acompanham-se de um questionário que visa a chamar a atenção de aspectos relevantes do texto para serem incluídos na síntese.

### 2.7.1 Alegoria da caverna, de Platão

Imagine homens vivendo numa morada subterrânea em forma de caverna, cuja entrada, aberta à luz, estende-se sobre toda a largura da fachada. Estes homens aí se encontram desde a infância, presos em cadeias, de costas para a entrada, olhando para os fundos.

Fora há um fogo aceso sobre uma eminência; entre o fogo e os prisioneiros, uma passarela. Ao longo da passarela, ergueu-se um pequeno

muro, semelhante aos tabiques que os exibidores de fantoches erigem à frente deles e por cima dos quais mostram as suas maravilhas.

Imagina agora que homens, transportando utensílios de toda a espécie que ultrapassem a altura do muro, estejam passando na passarela. Entre os portadores uns falam, outros se calam. Os prisioneiros, nessa situação, jamais viram outra coisa senão as sombras, jamais ouviram outra voz senão os ecos que reboam no fundo da caverna. Falarão das sombras como se fossem objetos reais, terão os ecos como vozes verdadeiras.

Esses estranhos prisioneiros se assemelham a nós homens. Considere agora o que lhes sobrevirá se forem libertos das cadeias e curados da ignorância. Se um desses prisioneiros se levantar, volver o pescoço, caminhar, erguer os olhos à luz: tais movimentos o farão sofrer, e a luz, ofuscando-lhe a vista, o impedirá de ver os objetos cuja sombra enxergava há pouco. Ficará muito embaraçado e dirá que as sombras que via há pouco são mais verdadeiras que os objetos que ora lhe são mostrados. Se fitar a própria luz, seus olhos ficarão feridos. Deslumbrado pelo fulgor, necessitará de hábito para ver o espetáculo da região superior.

Lembrando-se então de sua primeira morada, da sabedoria que nela se processa, de seus companheiros de cativeiro, alegrar-se-á com sua mudança e lastimará a sorte destes últimos. Não sentirá ciúmes das honras, louvores e distinções que lá se distribuem. Preferirá, como o herói de Homero, ser apenas um servente de charrua, a serviço de um pobre lavrador, e sofrer tudo no mundo, a voltar às suas antigas ilusões e viver como vivia.

Suponha que nosso homem torne a descer à caverna e vá sentar-se em seu antigo lugar. Nessa passagem súbita da pura luz para a obscuridade não lhe ficariam os olhos como que submersos em trevas?

E se, enquanto tivesse a vista confusa – porque bastante tempo se passaria até que os olhos se afizessem de novo à obscuridade –, tivesse de

dar opinião acerca das sombras, numa discussão com seus companheiros, não provocará riso à própria custa e não dirão eles que, tendo ido para a região superior, voltou com a vista arruinada, de sorte que não vale mesmo a pena subir até lá? E se ele tentasse soltá-los e conduzi-los ao alto, não haveriam eles de pegá-lo e matá-lo?

Tópicos a serem inseridos na síntese:

- a) Explique o significado da alegoria da caverna para os dias atuais.
- b) Interprete o significado da volta do prisioneiro à caverna e da frase: "E se ele tentasse soltá-los e conduzi-los ao alto, não haveriam eles de pegá-lo e matá-lo?"
- c) Analise a relação entre o Mito da caverna e a manipulação da linguagem.

## 2.7.2 A corda estendida, de Nietzsche

Mas Zaratustra contemplava, admirado, a multidão e lhe falou assim: "O homem é uma corda estendida entre o animal e o super-homem – uma corda sobre o abismo. Perigosa travessia, perigoso percurso, perigoso olhar para trás, perigoso tremor e paralisação. A grandeza do homem está em ser ponte e não meta: o que nele se pode amar é o fato de ser ao mesmo tempo transição e declínio."

Amo os que só sabem viver em declínio, pois são os que transpõem. Amo os que desprezam com intensidade, pois sabem venerar intensamente, e são flechas lançadas pelo anseio-da-outra-margem. Amo os que não se satisfazem em procurar além das estrelas uma razão para serem declínio e oferenda, mas que, ao contrário, sacrificam-se à terra para que esta um dia se torne a terra do super-homem. Amo o que vive para conhecer e quer conhecer para que um dia o super-homem viva. E quer assim o seu próprio

declínio. Amo o que trabalha e inventa para construir a morada do super-homem e prepara para ele a terra, os animais e as plantas. Pois assim quer o seu declínio.<sup>8</sup>

Tópicos a serem inseridos na síntese:

- a) Explique o significado de declínio no contexto dessa parábola.
- b) Descreva a futura terra do super-homem imaginada por Nietzsche.
- c) Dê o significado da seguinte frase: "Amo o que trabalha e inventa para construir a morada do super-homem [...]"

<sup>8</sup> Segundo Marcondes (2000, p. 145), Nietzsche usa textos poéticos "para formular algumas de suas mais famosas imagens – por exemplo, a do homem como 'uma corda sobre um abismo', uma visão ao mesmo tempo trágica e heróica."



### 3 PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

Princípios, na definição de Aristóteles (2008, p. 144), são o ponto de partida de uma coisa. Princípios são também as leis universais do pensamento e deles depende o conhecimento de outras coisas, continua Aristóteles. Ademais, um princípio deve ser tão claro e evidente que ao “espírito humano não seja lícito duvidar de sua verdade”, complementa Descartes (2007, p. 28).

Do ponto de vista etimológico, princípio origina-se de duas palavras latinas: *primus* (primeiro) e *capere* (agarrar). Inicialmente evoluiu para *primiceps* e depois para *princípio*. Princípio é uma verdade fundamental e a primeira que serve de apoio para as demais.

A Bioética norte-americana foi sistematizada em apenas quatro grandes princípios fundamentais: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. O grande sucesso da Bioética de princípios deve-se, de um lado, ao fato de serem poucos e, de outro, ao fato de estarem individualmente nomeados e claramente conceituados, tornando-os facilmente identificáveis tanto por médicos quanto por não médicos.

Os dois primeiros princípios (beneficência e não maleficência) existiam desde o tempo da Ética da Medicina hipocrática, que era exercida em torno do século IV a.C. Esses preceitos e outros foram, no final do século XIX, organizados em forma de código pelo médico inglês Thomas Percival, sendo imediatamente aceitos e adotados pelos médicos em geral, primeiramente nos Estados Unidos e posteriormente em quase todo o mundo.

No entanto, já nos anos setenta do século XX, a Ética Médica começou a dar sinais de insuficiência. Os problemas morais que emergiam em consequência dos avanços da Medicina ultrapassavam

os limites da Ética Médica, fazendo surgir a Bioética, com característica multidisciplinar, que incluiu outros princípios em sua fundamentação. Das correntes existentes, a mais conhecida é a Bioética de princípios norte-americana, também chamada de "principialista", apesar da discordância de Beauchamp e Childress (2002, p. 54)<sup>9</sup>, por fundamentar-se em quatro grandes princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

A sistematização da Bioética foi também proposta por outros estudiosos que adotaram seus próprios princípios em distintas sistematizações. Abellán Salort (2006, p. 46) cita as proposições de organizações da Bioética de dois autores:

- a) Francesc Torralba propõe a Bioética fundamentada nos seguintes princípios: vulnerabilidade, dignidade, autonomia e integridade;
- b) Manuel Atienza escolheu os seguintes princípios fundamentais: autonomia, dignidade, universalidade ou igualdade e informação.

Atualmente vem adquirindo grande destaque a Bioética personalista, que adotou os seguintes princípios:

- a) defesa da vida – assim como o princípio da beneficência e da não maleficência, esse princípio enfatiza a defesa da vida física cujo valor está acima da autonomia do paciente;
- b) liberdade-responsabilidade – esse princípio corresponde ao princípio de autonomia. No entanto, na Bioética personalista, a autonomia, representada pela liberdade, não é absoluta, equilibrando-se com o princípio de responsabilidade;

<sup>9</sup> Escrevem textualmente os autores: "Defendemos o que foi algumas vezes chamado de *abordagem dos quatro princípios* da ética biomédica, ou que foi também chamado, um tanto pejorativamente, de *principialismo*."

- c) solidariedade, socialidade e subsidiariedade – esse princípio corresponde parcialmente ao princípio de justiça. Nesse aspecto, enfatiza algumas virtudes não valorizadas suficientemente no princípio da justiça da Bioética de princípios em prol da inserção do indivíduo na sociedade;
- d) terapêutico ou totalidade – em benefício do todo, a parte pode ser sacrificada. Qualquer terapia deve levar o todo em consideração. Correlaciona-se ao princípio da beneficência.

O personalismo, como pode ser interpretado pela inclusão da solidariedade, socialidade e subsidiariedade em seus princípios, valoriza especialmente as virtudes humanas (SGRECCIA, 2002, p. 81).

Tristram Engelhardt (2004, p. 504) indica três virtudes para equilibrar as tensões existentes entre o princípio de beneficência e autonomia quando entram em conflito: a tolerância, o liberalismo e a prudência.

Para Häyri (2005), a solidariedade e a precaução são verdadeiros princípios bioéticos europeus. O autor pondera que a dignidade é um princípio a ser incluído na fundamentação da Bioética, complementando as deficiências da Bioética de princípios. Com o aumento dos riscos advindos dos avanços científicos, o princípio da precaução emerge progressivamente com um novo princípio bioético (BONAMIGO, 2011, p. 149).

Saad Hossne (2006) propõe que os quatro princípios da Bioética de princípios sejam considerados referenciais aos quais seriam acrescentados outros. A vantagem apontada pelo autor para a adoção de referenciais no lugar dos princípios é que nestes se incluem direitos e deveres e naqueles se inclui também a reflexão bioética.

A seguir serão abordados separadamente os quatro princípios da Bioética de princípios organizada por Tom Beauchamp e James Childress.

## 3.1 PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

### 3.1.1 Origens e inserção nos códigos morais

A palavra *autonomia* é composta pelos termos gregos *auto* (próprio) e *nomos* (lei, regra, norma). A origem desse sentido está nas Cidades-Estado da Grécia que tinham a capacidade de se autogovernarem. O autogoverno do ponto de vista individual também recebeu a denominação autonomia. O contrário de autonomia denomina-se heteronomia.

A antiga Medicina era considerada paternalista, por se contrapor à autonomia, embora nem todos concordem com esse conceito generalizado. Por esse motivo, a abordagem iniciará com o conceito de paternalismo e, a seguir, de autonomia.

Diz o Juramento de Hipócrates: "Aplicarei os regimes, para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão nunca para prejudicar ou fazer o mal a quem quer que seja." Os termos "segundo o meu saber e a minha razão" são interpretados como o fundamento do paternalismo.

Paternalismo é agir como um pai, de modo beneficente, visando ao interesse dos filhos, mas tomando a decisão pelos filhos. Os atos paternalistas possuem as seguintes características: força ou coerção; mentiras, manipulação, ocultação de informações; intervenção intencional nas preferências de outra pessoa com o propósito de evitar danos ou beneficiar.

Parece não haver dúvidas de que a Medicina antiga, quando praticada com escravos, tendia ao paternalismo, segundo comentário de Platão, no Livro IV, de *As Leis* (2010, p. 195). Platão descreve o atendimento médico aos escravos como sendo bastante rápido, com ar de superioridade e sem perguntar suas queixas. Descreve o médico como

arbitrário e tirano. Porém, seriam todos os atendimentos feitos por todos os médicos dessa forma?

Nessa mesma passagem, o próprio Platão encarrega-se de descaracterizar o paternalismo hipocrático, entendido na sua concepção mais forte, ao dizer que no atendimento aos não escravos o médico punha em prática o poder de persuasão médica até certo grau. Comenta que a Medicina usava a retórica para convencimento do paciente. Ainda mais interessante é seu comentário sobre a autonomia do paciente ao afirmar que este não confia cegamente em seu médico. Assim, quer receber informações sobre a sua doença e decidir por si mesmo. Com o objetivo de exemplificar seus comentários, Platão relata que o próprio Sócrates solicitou ao seu médico para convencê-lo a seguir suas orientações. Com grande probabilidade, Sócrates foi atendido, pois Platão não lhe dirigiu as ácidas críticas feitas aos médicos que atendiam os escravos de maneira fortemente paternalística.

Para Kant (1724-1804), o princípio da autonomia humana coincide com a vontade pura do indivíduo, a qual está em harmonia com as leis universais nesse ato de querer (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 22). Em termos gerais, a vontade do indivíduo, que é sua própria lei, coincide com o que é ditado pelas leis universais e, portanto, com o cumprimento do dever. Por isso, um dos imperativos categóricos de Kant traz textualmente: "Age de tal forma que sua ação possa se considerada como norma universal" (MARCONDES, 2005, p. 213).

A autonomia humana ganhou força com o Código de Nüremberg (1947), que diz no seu artigo 1º: "O Consentimento Voluntário é absolutamente essencial." Primeiramente, essa recomendação foi direcionada aos participantes de pesquisas, mas depois seu sentido ampliou-se para toda a assistência à saúde dos pacientes. Em 1948, a ONU aprovou a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* reforçando a

autonomia humana em seu sentido mais amplo (ONU, 1948). O conceito de autonomia do participante de pesquisa foi bastante fortalecido pela Declaração de Helsinque, emitida pela Associação Médica Mundial, em 1964, e atualizada várias vezes para orientação das pesquisas médicas (AMM, 1964).

Posteriormente, outras entidades internacionais passaram a emitir documentos valorizando a autonomia do paciente. A Unesco emitiu as *Declarações sobre Genoma Humano e Direitos Humanos*, em 1997, e a *Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos*, em 2005.

Autonomia significa que o indivíduo é quem decide aquilo que é bom para si e seu bem-estar. Nada deve ser feito sem o seu consentimento pessoal ou de seu representante. Quando disponível, em caso de incapacidade de comunicação, suas Diretivas Antecipadas de Vontade (Testamento Vital) devem ser consideradas.

Autonomia é ter liberdade de pensamento e de poder fazer opções. Autonomia é estar livre de coações internas e externas. Com esses sentidos mais amplos, a autonomia é uma nova realidade no âmbito da Ética Médica.

No mais recente Código de Ética Médica brasileiro (2018), existem vários artigos sobre autonomia. Os mais diretamente relacionados são:

- a) artigo 22<sup>10</sup>: veda ao médico realizar procedimentos sem esclarecimento e consentimento prévio do paciente;
- b) artigos 24<sup>11</sup> e 31<sup>12</sup>: o paciente é quem decide sobre práticas diagnósticas e terapêuticas sobre sua pessoa e seu bem-estar.

<sup>10</sup> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

<sup>11</sup> Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

<sup>12</sup> Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

### 3.1.2 O papel do médico na autonomia do paciente

Em alguns momentos de incapacidade, não é possível conhecer o desejo prévio do paciente para respeitar sua autonomia. Nesses casos excepcionais, o médico pode proceder sem seu consentimento. A isso se denomina "privilégio terapêutico" e existem três situações em que ocorre a transferência da decisão do paciente para o médico (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 172):

- a) emergência (com incapacidade do paciente);
- b) incapacidade do paciente na falta do responsável legal;
- c) renúncia do paciente em decidir ou manifestar sua vontade.

Nesses casos, o médico atuará amparado pelo princípio da beneficência. No entanto, a tendência é tentar saber os reais desejos manifestados anteriormente pelo paciente como presunção da sua vontade. Para tanto, poderá ser verificado suas Diretivas Antecipadas de Vontade ou documento similar, quando disponível, ou ouvir testemunhas.

Na relação médico-paciente, o médico tanto é consultor quanto parceiro, companheiro, conselheiro e amigo do paciente. Quando o paciente decide livremente pela orientação do médico, estará exercendo sua ampla autonomia.

Na relação médico-paciente, existem três formas de diálogo que terminam com a decisão e consentimento do paciente (SGRECCIA, 2009, p. 277-278):

- a) diálogo informativo: o médico presta as informações sobre a doença do paciente, ajudando-o em sua livre decisão. A forma de revelar a verdade sobre más notícias deve ser a mais adequada possível;

- b) diálogo terapêutico: em determinados atendimentos, a própria informação já é um tratamento. É palavra e escuta ao mesmo tempo, melhorando o componente psicológico. É eficiente em distúrbios de ordem nervosa;
- c) diálogo decisório: é o paciente quem decide sobre a sua saúde, após ser adequadamente informado. A decisão termina com o pedido de consentimento ao paciente. Os médicos sabem o que é melhor para o paciente, mas não podem substituir os valores dos pacientes pelos seus.

### 3.1.3 Autonomia e greve de fome

A greve de fome apresentou recentemente algumas inovações conceituais. Diz a *Declaração de Malta da Associação Médica Mundial* (2006) que a alimentação forçada nunca é eticamente aceitável. Portanto, como princípio geral, não se deve alimentar compulsoriamente. No entanto, diz ainda a mesma resolução que a alimentação forçada é eticamente apropriada quando não há instruções prévias e há dúvidas se a greve de fome está sendo feita de forma autônoma. O médico somente pode alimentar compulsoriamente se há evidências de que a greve está sendo feita sob pressão alheia.

O atual Código de Ética Médica brasileiro, de 2018, por meio do artigo 26<sup>13</sup>, manda alimentar compulsoriamente paciente em risco de morte por greve de fome, sendo conveniente sua revisão.

Os códigos de Ética Médica espanhol e italiano, respectivamente dos anos 1999 e 2006, já desobrigaram os seus médicos desse dever, mediante os artigos 9º

<sup>13</sup> Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa, considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.



(4)<sup>14</sup> e 53<sup>15</sup>, confirmando a tendência mundial. O código espanhol orienta o médico a respeitar a vontade do paciente capaz e prevê a possibilidade de encaminhamento do assunto para decisão judicial. O código italiano proíbe o médico de participar de iniciativas constritivas ou manobras coativas para alimentação. Essa mesma orientação emana do Código de Ética Médica do Uruguai (2012) que, em seu artigo 61, considera eticamente inaceitável a alimentação forçada. O Código de Ética Médica da Costa Rica (2009), em seu artigo 33, também orienta que se respeite a vontade do paciente em greve de fome. Contudo, o artigo 31 do Código de Ética Médica do México (2005), nas situações limites, determina a alimentação forçada, após requerimento à autoridade judicial.

A autonomia do paciente aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Nesse sentido, muitos códigos de Ética Médica recomendam que a autonomia seja respeitada pelos médicos, mesmo em caso de greve de fome. Na próxima reforma do Código de Ética Médica brasileiro, os médicos brasileiros também precisam reconsiderar essa orientação de impor sistematicamente ao médico a obrigação do tratamento compulsório em caso de risco de morte do paciente em greve de fome.

### 3.1.4 Autonomia em cesarianas

A autonomia do paciente evoluiu consideravelmente, mas, em relação às cesarianas, percebe-se uma diferença de objetivos entre as gestantes e as orientações do Ministério da Saúde brasileiro.

<sup>14</sup> 4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes. Tratará y protegerá la vida de todos los aquellos que sean incapaces, pudiendo solicitar la intervención judicial, cuando sea necesario.

<sup>15</sup> Art. 53. Rifiuto consapevole di nutrirsi. Quando una persona rifiuta volontariamente di nutrirsi, il medico ha il dovere di informarla sulle gravi conseguenze che un digiuno protratto può comportare sulle sue condizioni di salute. Se la persona è consapevole delle possibili conseguenze della propria decisione, il medico non deve assumere iniziative costrittive né collaborare a manovre coattive di nutrizione artificiale nei confronti della medesima, pur continuando ad assisterla.

No documento *Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto*, o Ministério da Saúde (2011) aponta para as seguintes vantagens do parto normal:

- a) melhor recuperação da mulher;
- b) menor desconforto para o bebê;
- c) facilitação do vínculo entre mãe e filho;
- d) maior incidência de infecções e hemorragias nos partos cesáreos;
- e) morte materna 3,5 vezes mais elevada nos partos cesáreos;
- f) menor custo do parto normal.

Com esse documento, o Ministério da Saúde empreendeu forte campanha na mídia recomendando o parto normal.

No entanto, o documento intitulado *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresenta um estudo de Dias et al. (2007) feito com 450 pacientes do setor suplementar de saúde que traz uma realidade diferente. As gestantes foram divididas em dois grupos (1 e 2) pertencentes a dois hospitais diferentes. No início da gestação, somente 32,6% do grupo 1 e 36% do grupo 2 desejavam parto cesáreo. No entanto, no final da gestação, a porcentagem de preferência pelo parto cesáreo já alcançava aproximadamente 70% e, no momento do parto, houve realização de cesariana em 91,3% das gestantes do grupo 1 e 88% do grupo 2.

As justificativas para essa significativa porcentagem de mudança de conduta, segundo as declarações das pacientes estudadas, foram: desejo de ligar as trompas, desejo de não sentir as dores do parto, histórico de cesariana anterior (DIAS et al., 2007, p. 106).

Por outro lado, as justificativas apresentadas pelos médicos para a realização de cesarianas foram: presença de circular de cordão, cesariana anterior, bebê grande, complicações com ênfase para a hipertensão arterial (DIAS *et al.*, 2007, p. 106).

Nos prontuários analisados, não foram encontradas descrições para justificar a realização de tão elevado número de cesarianas. As razões apontadas pelo documento para uma incidência tão elevada são de ordem cultural (cultura da cesariana) e socioeconômica. Entre as razões de ordem cultural pesquisadas pelos autores (DIAS *et al.*, 2007, p. 95), estaria a conduta intervencionista do médico.

Esses dados complementam-se indiretamente com os resultados da pesquisa de Ferrari e Lima (2010), constatando que 71% dos médicos obstetras entrevistados concordariam em realizar cesariana a pedido da paciente, imediatamente ou depois de discutir com ele o caso. Considerando-se a elevada incidência de partos cesáreos realizados em pacientes de planos de saúde, há de se concluir que os pedidos realmente ocorrem. Por outro lado, com base nesses dados, os autores deduzem que pode haver limitação da autonomia dos mais vulneráveis, os usuários do SUS, cuja incidência de cesarianas é bem menor (23%).

Outro estudo mostrou que a maioria das gestantes (74,1%) e obstetras (54,5%) manifestou preferência pelo parto natural; entretanto, todos os obstetras recomendariam parto natural e a maioria realizaria cesariana a pedido (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013). Esses resultados apontam para a possibilidade de mudança de decisão de acordo com as circunstâncias.

A orientação do Ministério da Saúde fundamenta-se fortemente no princípio da beneficência. O Estado sabe aquilo que é melhor para a gestante e propaga suas recomendações em favor do parto normal que, além de outras vantagens já apontadas, é mais econômico. No entanto, a autonomia

somente ocorre quando o indivíduo decide aquilo que é bom para si. Segundo esse conceito de autonomia, a gestante é quem decide o procedimento que deseja após receber as informações sobre cada procedimento, podendo, inclusive, preferir aquele que apresenta alguns riscos adicionais com a justificativa de eliminar os desconfortos do outro.

Nesse contexto, em prol da autonomia da paciente e do médico, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 2.144/2016 que, em sua Ementa, diz: "É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal." Dessa forma, restabelece-se a trajetória de crescente respeito à autonomia das gestantes.

### 3.1.5 Autonomia e objeção de consciência

Objeção de consciência é a resistência do indivíduo a cumprir uma norma que conflita com suas convicções. Trata-se de um conflito entre valores morais e legais. Referente à terminologia, "objeção" significa a contestação de algo e "consciência" refere-se ao juízo prático que distingue o bem do mal.

Historicamente, a objeção de consciência iniciou por razões religiosas em que os valores professados pelo indivíduo (não matar, por exemplo) conflitavam com os objetivos do Estado de enviá-lo para as guerras (onde tem o dever de pegar em armas e matar, se necessário).

Um aspecto particularmente interessante que diferencia a objeção de consciência da desobediência civil é que, no primeiro caso, o indivíduo não quer a eliminação da norma, apenas não quer cumpri-la. No segundo caso, o indivíduo tanto não quer cumprir a norma quanto luta visivelmente contra sua existência.

Um exemplo de objeção de consciência ocorre com o aborto legal. Por um lado, o Estado brasileiro deixa de penalizá-lo e oferece os meios para sua realização em casos de estupro e risco de vida para a mãe. Por outro, o médico pode negar-se a realizá-lo e o enfermeiro pode recusar-se a participar do ato por razões de consciência. Seus posicionamentos estão amparados pelo Código de Ética Médica (2018) e pelos Profissionais de Enfermagem (2017), que contemplam a objeção de consciência em seu teor. No Código de Ética Médica, o inciso IX dos Direitos dos Médicos permite ao médico "Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, são contrários aos ditames de sua consciência." Nesse mesmo sentido, posiciona-se o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução n. 564/2017), que proíbe o enfermeiro de provocar ou participar do aborto. O artigo 73 desse documento veda ao enfermeiro:

Art. 73. Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente. Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

No entanto, quando um profissional deixa de participar de um ato por objeção de consciência, alguém deverá substituí-lo. Assim, o objeter deve estar disposto a realizar um trabalho equivalente para compensar a sobrecarga aos demais da mesma forma que sucede com alguém que se nega a servir o exército (FERRER COLOMER, 2001, p. 139). Nesse sentido, os Códigos de Ética Médica do Chile (2011) e Uruguai (2014) indicam que o próprio médico providencie sua substituição<sup>16</sup>. Os códigos da Espanha

<sup>16</sup> O Código de Ética Médica do Uruguai, de 2014, diz em seu artigo 36 : "El médico tiene derecho a abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia ética aunque estén autorizadas por la Ley. En ese caso tiene la obligación de derivar al paciente a otro médico." O Código de Ética Médica do Chile, de 2011, diz em seu artigo 20: "El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo."

(2011) e Portugal (2016) são ainda mais abrangentes ao acrescentar que o médico deve comunicar o fato ao paciente e aos responsáveis pela instituição; deve atender urgências e emergências, se não houver outro médico disponível; pode comunicar sua condição de objetor de consciência ao Conselho Regional de Medicina; na condição de objetor de consciência, não podem advir vantagens ou desvantagens. Outro exemplo de objeção de consciência ocorre com pacientes que, por motivos religiosos, negam-se terminantemente a receber sangue.

O reconhecimento progressivo à autonomia do paciente e o progresso científico fazem com que a objeção de consciência seja cada vez mais tolerada e aceita. Esse assunto apresentou importante evolução nos últimos anos. Como princípio geral, a ética médica sempre considerou que, em caso de emergência, a vida prima sobre os demais valores. Assim, a liberdade religiosa tem limite na saúde das pessoas e, nos casos extremos, a ética manda transfundir sangue, principalmente quando se trata de menores. No entanto, o assunto possui várias facetas que devem ser do conhecimento dos profissionais envolvidos.

Primeiramente, considere-se que os religiosos, como a Associação das Testemunhas de Jeová, que recusam transfusão de sangue, são muito organizados e o médico precisa considerar as alternativas que eles mesmos oferecem, mediante a Comissão de Ligação com os Hospitais, de transferência de paciente, substituição do médico assistente por outro com experiência em tratamento sem transfusão de sangue etc.

Por outro lado, ocorreu um importante avanço em relação aos métodos alternativos introduzidos, uma vez que há novos substitutos do sangue que podem evitar a transfusão. Existem também médicos e hospitais especializados em não usar sangue. Dessa forma, podem existir alternativas para se evitar a imposição de um tratamento que o paciente recusa.

O temor do médico é tanto de cometer uma infração ética quanto legal. Nesse aspecto, referente à omissão de socorro, diz o Código Penal brasileiro, no artigo 135:

Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.

Pena – detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta de morte.

Como a lei não faz exceções, as preocupações médicas têm fundamento, mas a possibilidade de utilização de substitutos do sangue apresentou um progresso extraordinário e os hospitais precisam estar minimamente preparados para esse atendimento.

Referente à liberdade religiosa, diz a Constituição Federal, em seu artigo 5º, inciso VIII: "VIII – ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei."

Se a liberdade religiosa é constitucional, suas crenças devem ser respeitadas. Isso se complementa e se fortalece com o inciso XVIII, da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, da ONU (1948):

Todo homem tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de manifestar esta religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.

Esse dispositivo garante a prática religiosa, dando ainda mais força ao respeito às crenças religiosas como um consagrado valor a ser analisado com os demais.

As tendências atuais são cada vez mais favoráveis ao respeito à vontade dos pacientes que recusam transfusão, como ocorreu com o documento *Report of the International Bioethics Committee of Unesco (IBC) On Consent* (UNESCO, 2008), do Comitê de Bioética da Unesco. O relatório considera questionável alguém decidir unilateralmente aquilo que é melhor para o indivíduo. Assim, as recusas dos pacientes devem ser consideradas. As alternativas de tratamento sem sangue devem ser conhecidas e praticadas.

A solução não é fomentar o conflito, mas encontrar a solução que cada vez mais se avizinha para evitá-lo. Entretanto, médicos e tribunais devem analisar com serenidade essa questão para evitar que se aniquile a autonomia do indivíduo (THIBES, 2009).

Os avanços científicos suscitam conflitos morais e a necessidade de se encontrar soluções alternativas de deliberação para evitá-los. Dessa forma, a vontade autônômica do paciente que recusa transfusão sanguínea por motivos religiosos vai aos poucos tendo a possibilidade de ser respeitada, com menor risco de infração ética e legal dos profissionais que participam do atendimento.

### 3.1.6 Autonomia e escolha do sexo do filho

Outro assunto que envolve os avanços científicos em relação à autonomia humana é a escolha de sexo do futuro filho que pode ser posta em prática mediante técnicas de reprodução humana assistida.

Tal escolha não é considerada aceitável, salvo em casos justificáveis. A *Declaração da Associação Médica Mundial* sobre Genética e Medicina (2005) desautoriza, em seu artigo 9º, a inserção de atributos genéticos no ser humano, bem como a escolha de sexo que somente considera admissível para evitar doença relacionada ao sexo.



Contribuindo com essa tendência, o recente Código de Ética Médica brasileiro (2018) não permite ao médico fazer a escolha do sexo do embrião por meio de técnicas genéticas, segundo o inciso III, parágrafo 2º, artigo 15, que diz ser vedado ao médico: “[...] criar embriões com finalidades de escolha de sexo, eugenia ou para originar híbridos ou quimeras.”

Tal orientação consolidou-se na Resolução CFM n. 2.168 (2017), com os seguintes termos: “5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente.”

A possibilidade de influir nas características genéticas do futuro indivíduo, inclusive o sexo, constitui uma possibilidade que gera situações éticas inusitadas, as quais precisam ser analisadas cuidadosamente para que a dignidade humana seja sempre respeitada. No entanto, as orientações éticas existentes somente permitem em casos justificáveis. Quando necessário, medidas de precaução contra danos futuros não devem ser postergadas.

### 3.1.7 Autonomia e vulnerabilidade

Vulnerabilidade é uma condição adversa que favorece a exploração do indivíduo e, portanto, o desrespeito à sua autonomia. Macklin (2003, p. 61) destaca aquelas condições já apontadas pela CIOMs e, no contexto geral, reúne os seguintes grupos vulneráveis:

- a) pobres e desempregados;
- b) grupos étnicos e raciais minoritários;
- c) pessoas idosas, com demência e residentes em asilos;

- d) grupos hierárquicos (militares ou estudantes);
- e) beneficiários da seguridade e assistência social;
- f) pacientes das emergências;
- g) sem-teto, nômades, refugiados ou pessoas deslocadas;
- h) prisioneiros;
- i) desinformados;
- j) determinados participantes de pesquisa.

Para fins de análise bioética, serão especialmente estudadas as três primeiras condições que se referem à pobreza, ao racismo e ao idoso. Os efeitos da pobreza, do racismo e do envelhecimento favorecem o advento da discriminação, exclusão social e limitação da autonomia. A Bioética não pode deixar de contribuir com essas áreas.

### 3.1.7.1 Pobreza

Pobres são indivíduos com renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010<sup>17</sup>. O documento das Nações Unidas do Brasil "Erradicação da Pobreza" (2016) complementa que o critério de pobreza medido por meio de rendimento passou de US 1 ao dia, em 1985, para US 1,90 ao dia, em 2015, e que o Decreto n. 8.794, de 2016, conceitua extrema pobreza as famílias com renda mensal de até R\$ 85,00 e pobreza até R\$ 170,00. Entretanto, adverte que seria necessário medir o "bem-estar individual" e o "mínimo bem-estar aceitável" para melhor conceituação de pobreza.

Uma forma simples e abrangente de entender as condições de pobreza e suas circunstâncias ocorre pela medida do Índice de Desenvolvimento

<sup>17</sup> Definição disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010.pdf>.

Humano (IDH), que é utilizado em todo o mundo para avaliar desde os menores municípios até os maiores países dos continentes mais longínquos. Esse índice é adotado oficialmente pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O IDH é uma medida comparativa de desenvolvimento que engloba três dimensões: longevidade (esperança média de vida), educação e riqueza (renda). O índice final é obtido pela média aritmética simples dessas três medidas. Em relação aos países, a interpretação do IDH é feita conforme essa escala de valores que vai de 0 a 1; de 0,800 a 1, é muito elevado; de 0,700 a 0,799, é elevado; 0,550 a 0,699, médio; 0,549 ou menos, baixo<sup>18</sup>.

Os cinco países que ostentam os maiores IDHs do mundo (muito elevado) são os seguintes, segundo dados de 2014 disponibilizados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)<sup>19</sup>: Noruega (0,944), Austrália (0,935), Suíça (0,930), Dinamarca (0,923) e Países Baixos (0,922). O Brasil encontra-se entre os países com IDH elevado (0,755), em desenvolvimento, ocupando o 75º lugar no mundo.

Entre os países mais pobres, com IDH impressionantemente baixo, estão os seguintes países da África: Burundi (0,400), Chade (0,392), Eritreia (0,391), República Centro Africana (0,350) e Níger (0,348). Esses dados chamam a atenção pela abissal desigualdade existente entre o desenvolvimento humano nos diferentes países.

No Brasil, segundo os dados do PNUD, de 2010 a 2020 o IDH do Brasil evoluiu de 0,723 a 0,754, permanecendo na classificação de elevado. O IDH dos municípios denomina-se IDH-M. No Brasil, segundo os dados oficiais de 2010 (a divulgação é feita a cada 10 anos, mas não foram encontrados dados atuais), disponibilizados também pelo PNUB, os dez municípios com IDH mais elevado

<sup>18</sup> Informações disponíveis em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729\\_AtlasPNUD\\_2013.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130729_AtlasPNUD_2013.pdf).

<sup>19</sup> <https://www.undp.org/pt/brazil/idh-global-2014>.

são: São Caetano do Sul, SP (0,862); Águas de São Pedro, SP (0,854); Florianópolis, SC (0,847); Balneário Camboriú, SC (0,845); Vitória, ES (0,845); Santos, SP (0,840); Niterói, RJ (0,837); Joaçaba, SC (0,827); Brasília, DF (0,824) e Curitiba, PR (0,823).

Os cinco municípios com menor IDH são: Uiramutã, RR (0,453); Marajá do Sena, MA (0,452); Atalaia do Norte, AM (0,450); Fernando Falcão, MA (0,443) e Melgaço, PA (0,418). Como pode ser comparado, mesmo entre os municípios com IDH-M mais baixo, não são encontrados no Brasil índices tão preocupantes como os detectados em alguns países africanos. Em termos de América Latina, segundo dados de 2010, o IDH médio é de 0,704, ficando acima das demais regiões do mundo em desenvolvimento.

A pobreza gera suas próprias consequências. Alguns exemplos de seus efeitos negativos são os seguintes: fome, baixa esperança de vida, doenças, falta de oportunidades de emprego, carência de água potável e de saneamento, maiores riscos de instabilidade política, violência, emigração, existência de discriminação social contra grupos vulneráveis, existência de pessoas sem-abrigo, depressão (WIKIPÉDIA, 2023).

Assim, várias consequências da pobreza contribuem para a piora das condições de saúde humana. Segundo Storino (2008, p. 522), as doenças da pobreza possuem algumas características especiais que podem ser agrupadas da seguinte forma:

- a) afetam as comunidades pobres e vulneráveis;
- b) não são objetos de estudo;
- c) causam pouca mortalidade e muita morbidade;
- d) não causam epidemias, mas endemias;
- e) não são consideradas um problema de saúde pública, nem constituem prioridade política;
- f) não atraem a mídia, nem o setor privado.

A pobreza é um fenômeno crônico que não desperta muita atenção política e social. A Bioética latino-americana, motivada pelas condições de pobreza de sua população em relação aos países muito desenvolvidos, evoluiu de forma diferenciada da Bioética norte-americana e europeia nos últimos anos. Na Bioética latino-americana, há maior preocupação com os vulneráveis – a maioria é composta pelos pobres. Nesse contexto, desenvolveu-se a Bioética de intervenção e de proteção, entre outras. A Bioética de intervenção tem os objetivos de promover a inclusão social, proteger os vulnerados e necessitados (KOTTOW, 2008, p. 165). A Bioética de intervenção visa a uma organização social que se articula com o Estado, com a finalidade de influir em suas decisões (GARRAFA; PORTO, 2008, p. 164).

O conceito de vulnerabilidade deve ser entendido como uma fragilidade atual e não como uma possibilidade futura (MELLO, 2008). A Bioética não pode excluir a pobreza e suas consequências sobre a autonomia em suas reflexões e ações.

### 3.1.7.2 Racismo

O racismo provoca discriminação também nas ciências da saúde, não podendo sua abordagem ser excluída da discussão bioética. Etimologicamente, a palavra “raça” procede do italiano *razza*, que vem do latim *ratio*, e significa categoria, espécie. “Etnologicamente, a noção de raça é rejeitada por se considerar a proximidade cultural de maior relevância do que o fator racial [...]”, observa o Dicionário Houaiss (2009).

No latim medieval, raça designava descendência, linhagem, ou seja, um grupo de pessoas que tem um ancestral comum e, por isso, possui algumas características físicas em comum. Raça é um termo que foi utilizado historicamente para identificar categorias humanas socialmente definidas. Por esse critério, as diferenças mais comuns para caracterizar

raças referem-se à cor de pele, tipo de cabelo, conformação facial e cranial, ancestralidade e genética. Em 1684, o francês François Bernier empregou o termo raças para classificar grupos humanos fisicamente contrastados. Atualmente, utiliza-se o termo etnia, uma vez que do ponto de vista genético não existem raças propriamente ditas (MUNANGA, 2003).

Etnia é uma “[...] coletividade de indivíduos que se diferencia por sua especificidade sociocultural, refletida principalmente na língua religião e maneiras de agir.” (HOUAISS, 2009). Essas comunidades geralmente reclamam para si uma estrutura social, política e um território. Etnia é um conceito de raça com aspectos culturais agregados. Uma raça pode ter várias etnias. Nesse aspecto, o recente Código de Ética Médica (2009) mudou a palavra raça por etnia por considerá-la mais adequada ao seu teor (inciso I dos Direitos dos Médicos).

Racismo é a discriminação, por motivo de ódio ou desprezo, devido à sua diferente raça ou etnia, indistintamente de sua nacionalidade. De maneira mais ampla, é o “[...] conjunto de teorias e crenças que estabelece uma hierarquia entre as raças, entre as etnias.” (HOUAISS, 2009). Um exemplo histórico de racismo ocorreu com os francos que se consideravam uma raça pura. Os francos, segundo eles, teriam habilidades especiais e aptidões naturais para dominar e até escravizar os gauleses (MUNANGA, 2003).

Embora os patrimônios genéticos dos povos sejam desiguais, essas diferenças não são suficientes para classificá-las em raças. No conceito popular, existem raças fictícias, segundo as diferenças fenotípicas, como a cor da pele e de outros critérios morfológicos que mantêm os racismos populares.

O racismo acredita na existência das raças naturalmente hierarquizadas segundo o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. Por isso, atualmente se utiliza com mais adequação o termo etnia, que significa afinidades linguísticas, culturais e semelhanças genéticas. Para Dora Porto (2008), os indicadores de existência de racismo no Brasil são claros. Em

consequência, estão sendo gestadas novas correntes bioéticas: teoria da libertação, feminista, antirracista, de proteção e de intervenção. A proposta é de adoção da equidade para alcançar a igualdade fundamental.

Uma explicação para a origem do racismo está no livro *Gênesis* da Bíblia, no qual consta que o repovoamento da terra ocorreu por intermédio dos filhos de Noé: Jafé, Sem e Cam. As três raças fundamentais da espécie humana teriam surgido das suas respectivas colorações de pele: Jafé foi ancestral da raça branca, Sem da raça amarela e Cam da raça negra. A segunda explicação para a origem do racismo refere-se à classificação "científica", derivada da observação dos caracteres eminentemente físicos: cor da pele e traços morfológicos (forma do queixo, da testa etc.).

Um termo a ser distinguido de racismo é xenofobia. A discriminação de imigrantes por motivo de ódio ou desprezo de estrangeiros, indistintamente de sua raça ou etnia, é xenofobia. Comumente, a xenofobia ocorre em países ricos, em que muitos imigrantes legais ou ilegais tentam sua inserção.

O Brasil assinou, em 1967, a *Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial*, que fora aprovada pela ONU, no ano anterior, em 1966. Nesse documento, a ONU criou um comitê especial para o combate e eliminação da discriminação racial.

Na adequação da sua legislação interna, o Brasil aprovou a Lei n. 9.459/97, que considera crime atos de preconceito e discriminação com base em raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Diz textualmente a lei, em seu artigo 140, parágrafo 3º: "Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes à raça, cor, etnia, religião ou origem: Pena: reclusão de um a três anos e multa."

O crime de racismo, segundo a Constituição, é inafiançável e imprescritível. Diz textualmente o inciso XLII, do artigo 5º, da Constituição Federal: "[...] a prática de racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei."

Do ponto de vista da deontologia médica, dois artigos do Código de Ética Médica referem-se a racismo. Diz o Código de Ética Médica, no inciso I, do capítulo I, dos Princípios Fundamentais: "A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza." O capítulo II, que se refere aos direitos dos médicos, acolhe em seu inciso I o direito do médico a não sofrer discriminação: "Exercer a Medicina sem ser discriminado por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política ou de qualquer outra natureza."

O Brasil pode ser considerado um exemplo de convivência de etnias. No entanto, ainda é preciso avançar mais, segundo a ONU (2010), que aponta como exemplo de racismo a exclusão de indígenas, afrodescendentes, mulheres e portadores de deficiência. Essa condição persistente complica o exercício da autonomia individual.

### 3.1.7.3 Autonomia do idoso

O envelhecimento pode causar dependência e, conseqüentemente, redução da autonomia individual, associando-se à retirada do idoso do mercado de trabalho e aposentadoria. Em relação à faixa etária, são consideradas pessoas idosas aquelas que atingem 60 a 65 anos. No Brasil, o artigo 1º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) classifica como idoso aquele que tem idade igual ou superior a 60 anos, sendo obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, com absoluta prioridade, entre outros deveres, a efetivação do direito à saúde.

Dentre os idosos, aumenta o subgrupo dos "mais idosos", "muito idosos" ou "idosos em velhice avançada", subgrupo que possui mais de 80 anos (BRASIL, 2010), cuja redução da autonomia pode ser ainda maior.



O Estatuto do Idoso (2003) menciona a necessidade de preservação da autonomia do idoso em seu artigo 10, entre outras medidas apresentadas. O Decreto n. 1.948/96 (1996), que regulamenta a Lei n. 8.842/94, responsabiliza o Ministério da Saúde pela “[...] permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria [...]”

Estudo realizado no Amazonas encontrou que quase todos os idosos participantes queriam ser esclarecidos sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento; que as decisões deviam ser tomadas pelo próprio paciente com o médico e, quando necessário, por meio de seu filho ou sua filha (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Assim, a preservação da autonomia do idoso configura-se como um crescente desafio para os responsáveis, sobretudo quanto à sua interface com o princípio da beneficência.

O envelhecimento constitui uma oportunidade para que as diretivas antecipadas de vontade do indivíduo sejam elaboradas, enquanto lúcido; dessa forma, conhecendo seus desejos, os que o assistem poderão contribuir para a preservação de sua autonomia no momento oportuno. Nos Estados Unidos, enquanto na população geral a parcela dos que possuem um documento de diretivas antecipadas de vontade está abaixo de 30%, entre os idosos, em asilo, pode alcançar 70% (KARPPINEN, 2014). Nesse contexto, também podem ser registrados os desejos do indivíduo quanto à não reanimação cardiorrespiratória em situação de terminalidade da vida.

### 3.1.8 Autonomia em psiquiatria

Os conflitos morais são comuns na especialidade de psiquiatria devido à limitação de autonomia que pode ocorrer com o paciente portador de transtorno mental. Por um lado, a incapacidade do paciente nem sempre permite que seja obtido seu consentimento informado válido. Por outro,

no caso de internação involuntária, que ocorre a pedido de terceiros, ou compulsória, determinada pela justiça, o tratamento, muitas vezes, é realizado sem o consentimento do paciente, incluindo-se o uso da contenção física ou química. Por isso, o médico deve registrar em prontuário as "razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente – nesse caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal", recomenda a Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.598/2000.

O Decreto-Lei n. 891/1938, no artigo 29, prevê a internação obrigatória (compulsória ou involuntária) do indivíduo nos casos de "toxicomania por entorpecentes" ou quando "conveniente à ordem pública". A internação compulsória independe da vontade do indivíduo ou de autorização familiar, dependendo apenas do laudo médico e determinação judicial. O Código Penal (1940), no artigo 146, Parágrafo 3º, admite a intervenção médica, sem o consentimento do paciente (involuntária), em "iminente perigo de vida". A Lei Federal n. 10.216/2001 determina que a internação psiquiátrica involuntária seja comunicada ao Ministério Público Estadual em um prazo de 72 horas. A Associação Médica Mundial (2006) admite a internação (involuntária ou compulsória) ante a possibilidade de que o paciente possa "lesionar-se ou lesionar outras pessoas". Referente à contenção física, a Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.598/2000 recomenda que haja prescrição médica e o paciente seja acompanhado por um profissional de enfermagem (artigo 11).

O sigilo médico deve ser observado, mas ocorrendo situações de motivo justo, em que há risco de sério dano a terceiros identificáveis e um benefício real advém dessa revelação, pode ser rompido. No entanto, os limites entre a revelação e a não revelação nem sempre são nítidos. Nos Estados Unidos, tornou-se notório o caso Tarasoff, em que um paciente psiquiátrico cometeu homicídio e a família da vítima processou o profissional responsável por seu tratamento psiquiátrico, alegando que ele conhecia, mas não alertou sobre o potencial perigo da vítima (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 544).

Outro aspecto complexo é o risco de suicídio que, por ser frequente entre os pacientes portadores de transtornos mentais, exige especial atenção do médico psiquiatra assistente. As ações devem ser proporcionais aos riscos. Eventualmente, quando o risco de suicídio é iminente, poderá enfrentar o conflito moral de desconsiderar a autonomia do paciente e indicar a internação involuntária.

A eletroconvulsoterapia, quando indicada, está recomendada pela Associação Brasileira de Psiquiatria e essa orientação foi inserida como um tratamento possível na recente Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.952/2010 com a justificativa de ser um procedimento científico, eficiente e eficaz (CFM, 2010).

Enfim, a interface entre a Psiquiatria e a Bioética é muito ampla. Assim, para o manejo adequado de conflitos tão frequentes e complexos, os profissionais da psiquiatria, além do preparo científico, precisam de sólida formação ética para o adequado exercício de sua profissão.

### 3.1.9 Autonomia e Ordem de Não Reanimar

Ordem de Não Reanimar é a “não adoção de medidas de reanimação em caso de parada cardiorrespiratória na fase terminal de doença incurável ou em circunstâncias que tornem irreversível a recuperação do paciente”<sup>20</sup>. No âmbito da Ética Médica, vários dispositivos dão suporte ao acatamento pelo médico dessa vontade do paciente, destacando-se as Resoluções CFM 1.885/2006 e 1.995/12, o Princípio Fundamental XXI e o artigo 41 (parágrafo único) do Código de Ética Médica. No âmbito do Ministério da Saúde, a Portaria GM 1.820/2009 e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, emitida em 2012, pelo Conselho Nacional da Saúde, reconheceram

<sup>20</sup> Definição adotada pela Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina em seu projeto de Recomendação.

o direito do paciente à recusa de tratamentos. A Unesco (2005), através da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos de 2005, ratificou, em seu artigo 5º, o direito do paciente a tomar decisões.

Essa prática já é utilizada informalmente nos hospitais (BITENCOURT *et al.*, 2007; MORITZ; BEDUSCHI; MACHADO, 2008) e o Conselho Federal de Medicina estuda sua regulamentação no contexto do exercício da Medicina. Recente pesquisa realizada com 80 médicos no Meio-Oeste de Santa Catarina encontrou que a maioria (90%) conhecia os termos “ordem de não reanimar” e 86,2% concordariam em acatá-la, denotando a tendência de aceitação entre esses profissionais (PUTZEL *et al.*, 2016). Pesquisa realizada com pacientes oncológicos e acompanhantes encontrou que, após serem esclarecidos sobre o significado, 65,4% dos pacientes e 67% dos familiares mostraram-se favoráveis à adoção da Ordem de Não Reanimar paciente em fase final de doença terminal (EIDT *et al.*, 2017). As pesquisas denotaram, portanto, que médicos e pacientes participantes dessas pesquisas, estes quando esclarecidos, aceitam a ordem de não reanimar.

## 3.2 PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

### 3.2.1 Origem e definição

O princípio da beneficência teve origem na seguinte frase do Juramento de Hipócrates: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.”

Beneficência origina-se dos termos latinos *bene facere* (fazer o bem). Beneficência, portanto, é a disposição para fazer o bem, de agir corretamente para o bem do doente. É uma qualidade boa, uma virtude das pessoas normais. Para Aristóteles (2009), em *Ética a Nicômaco*, toda ação e toda escolha visam a um bem qualquer. Disse também que nossos atos

e determinações morais visam sempre a algum bem. Portanto, a natureza humana orienta o indivíduo a fazer o bem.

Contudo, a beneficência possui dois sentidos que eventualmente podem não coincidir quando se trata de assistência médica ao paciente:

- a) bem segundo o nosso próprio critério, ou seja, em conformidade àquilo que queremos para nós. É o Paternalismo;
- b) bem segundo o critério do outro, ou seja, fazendo aos outros o bem deles. É o respeito à Autonomia.

Beauchamp e Childress (2002, p. 288) citam alguns exemplos práticos interessantes sobre como a beneficência deve ser interpretada em suas múltiplas facetas que se apresentam:

- a) um transeunte, péssimo nadador, que vê alguém se afogando a cem metros da margem, não tem a obrigação de atirar-se na água para salvá-lo, mas deve dar o alarme para que um salva-vidas ou outra pessoa mais qualificada realize o salvamento;
- b) é possível individualmente fornecer comida para um faminto, mas é inviável que uma só pessoa possa salvar muitas pessoas famintas;
- c) os pais devem oferecer cuidados a um filho gravemente enfermo, mas há limites quando as chances são mínimas e os custos se tornam onerosos, comprometendo seriamente a estrutura familiar;
- d) os profissionais da saúde são obrigados a cuidar da saúde dos pacientes, mas há limites de exposição pessoal quando se trata de pacientes difíceis ou portadores de doenças contagiosas;
- e) em caso de acidente automobilístico, a obrigação de prestar socorro aos feridos não é somente dos médicos e profissionais da saúde presentes, mas de todas as pessoas em condições de fazê-lo, principalmente na ausência daqueles.

### 3.2.2 Conceito de beneficência ideal

Beneficência ideal é fazer mais do que a obrigação ou do que o esperado. Inspira-se na parábola do bom samaritano. No Evangelho, consta que um samaritano cuidou de um homem espancado que estava caído em uma estrada. Ultrapassando suas obrigações, o bom samaritano decidiu levá-lo à sua casa com o objetivo de melhor atendê-lo. Trata-se de beneficência ideal. Dois viajantes haviam passado pelo indivíduo acidentado sem ajudá-lo.

A beneficência ideal não é obrigatória do ponto de vista legal. Alguns exemplos elucidam essa afirmação:

- a) doar um rim é louvável, uma atitude ideal, mas não obrigatória, já que exige grande sacrifício do doador, além de riscos à sua saúde. A beneficência ideal não é legalmente obrigatória. Algumas vezes, pode ser moralmente desejável;
- b) se alguém precisa de ajuda e o outro pode ajudar sem riscos, custos ou ônus significativo, deve fazê-lo, uma vez que não se trata de beneficência ideal.

Dessa forma, embora haja constrangimento pessoal ou familiar resultante da rejeição, o potencial doador não tem a obrigação de se sujeitar ao risco e sofrimento imposto pelo procedimento. Há limites para o sacrifício, conforme explica Peter Singer. Esse aspecto será tratado no espaço seguinte.

### 3.2.3 Limites da beneficência de Singer

Singer (apud BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 288) formulou três princípios para nortear a beneficência humana:

- a) evitar algo ruim, sem sacrificar nada, é um dever moral;
- b) o sofrimento pessoal é o limite para a beneficência;
- c) o limite das obrigações seria de 10% do nosso ganho.

A proposta de 10% reflete aquilo que muitas religiões adotam como parâmetro de contribuição para seus membros. Segundo Singer, essa porcentagem ultrapassa o conceito de valor simbólico, mas não é exagerada a ponto de tornar o sacrifício insuportável.

## 3.3 PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA

### 3.3.1 Origem e definição

O princípio da não maleficência teve origem no Juramento de Hipócrates: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.” A orientação “nunca para causar dano ou mal a alguém” gerou o princípio do *primun non nocere* (antes de qualquer coisa, não causar dano) que evoluiu para a denominação princípio da não maleficência.

Normalmente, interpreta-se que o princípio da não maleficência consiste em uma abstenção, enquanto o de beneficência positiva, uma ação. Esse princípio, *latu sensu*, não somente compreende abster-se de causar danos, como de preveni-los e corrigi-los.

Maliandi e Thuer (2008, p. 76) concordam que tanto o princípio de não maleficência quanto o de beneficência se originaram no *Corpus Hippocraticum*. Referente ao princípio de não maleficência, os autores acrescentam o seguinte aspecto: o mesmo procedimento teoricamente beneficente, quando praticado por determinado profissional, pode ser um

malefício se executado por outro que não possui suficiente experiência para sua execução.

Nesse mesmo sentido, pode ser acrescentado que a prudência, virtude que visa a evitar erros e acidentes, associa-se como auxiliar do princípio da não maleficência. Da mesma forma, a omissão de atos potencialmente lesivos ao ser humano pode significar que está sendo utilizado o princípio da não maleficência (KOTTOW, 2005, p. 91).

### 3.3.2 Matar e deixar morrer

Um dos dilemas bioéticos que envolvem o princípio da não maleficência é a diferenciação entre “matar” e “deixar morrer”, que depende fundamentalmente da justificação da ação realizada ou omissão. Matar com a intenção de fazê-lo é uma ação maléfica. Deixar morrer caracteriza-se por: ser uma ação benevolente; contemplar o desejo do paciente de recusar tratamento; ter a intenção de evitar uma morte dolorosa. Beauchamp e Childress (2002, p. 251) destacam o valor da justificação para a interpretação:

Não há nada em “matar” e “deixar morrer” que implique julgamentos acerca do caráter certo ou errado das ações, ou acerca de sua beneficência ou não maleficência. O que é certo e errado depende do mérito da justificação que está por trás da ação, e não do tipo de ação.

A conotação de matar reveste-se de intenção de fazê-lo, que pode ocorrer tanto por uma ação quanto por omissão. A retirada da alimentação e hidratação, que implica abstenção de tratamento, pode caracterizar o ato de matar, mas também pode significar deixar morrer. A não entubação de paciente com doença de Duchenne em fase final pode significar deixar morrer, embora possa a rigor ser interpretada como matar. Retirar o suporte para respiração pode ter vários significados. Beauchamp e Childress (2002, p.



246) ilustram essa afirmação com o caso Linares, em que o paciente estava em estado vegetativo persistente. O pai, armado, desconectou o respirador e manteve a equipe médica afastada até o paciente morrer. Nesse caso, a interpretação de deixar morrer pela própria doença, como uma ação bem-intencionada, não se sustenta. A interpretação mais aceita para tal ato de iniciativa do pai seria: matar. Os autores consideram que o caso se enquadra em matar justificadamente, uma vez que o próprio tribunal de justiça não aceitou a denúncia contra o pai.

Os autores também citam o caso Claire Conroy, uma paciente com elevado grau de deterioração física e mental vivendo permanentemente em posição semifetal. Os tribunais americanos ora julgaram a retirada do tubo nasogástrico como um ato de matar, ora um ato ou omissão que se configuraria em deixar morrer. No fundo, há a intenção de matar, mas encontra justificativas nas circunstâncias específicas de cada caso. Nesse particular, seriam as péssimas condições preexistentes.

Outro aspecto se refere à recusa de tratamento por parte do paciente e, de fato, não o administrar. A interpretação pode ser deixar morrer, dependendo da situação que se apresenta o paciente. A abstenção de tratamentos pode significar eutanásia passiva. No entanto, quando feita para deixar prosseguir a evolução natural do paciente, significa ortotanásia. O Parágrafo Único do artigo 41 do Código de Ética Médica brasileiro (2009) buscou esclarecer quando deixar morrer não é matar:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Essa orientação está prevista no parágrafo 2º, artigo 13, do Código Penal (1940), que diz: "A omissão é penalmente relevante quando o omitente

devia e podia agir para evitar o resultado." Deixar morrer refere-se a situações irreversíveis em que o médico não pode e nem deve agir para que o resultado final seja modificado. Para Cabette (2009, p. 109), "a omissão não reprovável ante o caminho da morte é aquela de quem nada faz porque nada há a fazer."

Contudo, os limites entre matar e deixar morrer são tão confusos que Beauchamp e Childress (2002, p. 250) propõem a troca desses termos por tratamentos opcionais e obrigatórios. Os autores propõem que as condutas sejam divididas em cinco categorias centrais (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 235):

- I Obrigatório tratar (errado não tratar)
- II Opcional tratar
- III Neutro (não exigido nem proibido)
- IV Supererrogatório (ultrapassa a obrigação)
- V Obrigatório não tratar.

Os autores chamam a atenção para a distinção entre pacientes capazes, aos quais a autonomia precisa ser respeitada, e os pacientes vulneráveis, aos quais funcionam os critérios dos princípios da beneficência e não maleficência. No entanto, não é provável que a dificuldade de delimitação entre o significado de matar e deixar morrer vai cessar com essa sistematização proposta.

### 3.3.3 Futilidade

Futilidade é falta do efeito ou benefício desejado em que há mais danos, ônus e custos que benefícios. A futilidade leva à distanásia ou obstinação terapêutica (também chamada encarniçamento terapêutico), em que tratar é a maleficência. A quem interessa manter uma pessoa "morta-viva" quando não existe esperança, perguntam Pessini e Barchifontaine (2010, p. 433). Os autores lembram que pessoas conhecidas foram mantidas vivas "além dos limites naturais" por tratamentos fúteis, como Truman, Tito, Hiro-Hito e Tancredo Neves.

Eventualmente, os familiares posicionam-se contrariamente à retirada de suportes da vida de um paciente até mesmo em morte cerebral, configurando tratamento inútil e fútil. No entanto, os limites entre utilidade e futilidade não são assim tão nítidos. As seguintes situações configuram o tratamento fútil no entendimento de Beauchamp e Childress (2002, p. 236):

- a) quando a eficácia do tratamento é altamente improvável;
- b) quando o resultado insatisfatório é certo;
- c) quando é certo que o tratamento é mais penoso que benéfico;
- d) quando o caso é especulativo porque o tratamento nunca foi tentado.

Essas proposições também não são pacíficas dependendo da cultura dos familiares ou do próprio paciente.

A tentativa de estabelecer aquilo que é útil ou fútil é uma preocupação de gestores sanitários, médicos, pacientes e da própria sociedade (ICETA GAVICAGOGEOASCOA, 1997, p. 36). A fase do paciente em situação terminal, quando o tempo de vida é maior ou menor, pode tornar o mesmo tratamento útil ou fútil e, nesse último caso, configurar maleficência.

### 3.3.4 Medidas extraordinárias ou desproporcionais<sup>21</sup>

Nos tratamentos, podem ser adotadas medidas proporcionais (ordinárias), plenamente justificadas e aceitas cientificamente. No entanto, o progresso da Medicina disponibiliza tantos recursos que favorece a adoção de medidas desproporcionais (extraordinárias).

<sup>21</sup> O termo extraordinário deve ser substituído por desproporcional. O progresso da ciência torna alguns tratamentos extraordinários em ordinários, dificultando a interpretação de seu significado através do tempo.

Tais terapêuticas são plenamente aceitáveis em determinadas situações, mas não em outras. Um paciente em fase final de situação terminal que desenvolve falência renal ou apendicite aguda não deve ser submetido à diálise ou apendicectomia. É necessário respeitar o curso natural da vida.

Iceta (1997, p. 145-146) considera necessária a participação do médico e do paciente para evitar as medidas desproporcionais (ou extraordinárias). Para tanto, propõe que:

- a) a vida possui valor intrínseco. A constatação de deficiência de memória, consciência e linguagem não significa obrigatoriamente perda de qualidade de vida ou menor dignidade;
- b) medidas que não produzem uma melhora sensível para uma situação grave são consideradas fúteis e, portanto, desproporcionadas (ou extraordinárias);
- c) uma medida desproporcional (ou extraordinária) não melhora a situação do enfermo, produz dor física, psíquica ou moral, além de acarretar dependência a procedimentos.

As medidas proporcionais são obrigatórias. As desproporcionais, além de fúteis, podem causar a necessidade de utilização de novas medidas, igualmente fúteis, contribuindo para a obstinação ou o encarniçamento terapêutico que viola os princípios da beneficência e não maleficência, mas que também pode violar o princípio da justiça quando os recursos existentes ficam comprometidos pela inadequada aplicação.

### 3.3.5 Suicídio assistido

Suicídio assistido consiste em fornecer os meios necessários para que o paciente cometa o suicídio. Um profissional sanitário, intencionalmente, ajuda

uma pessoa a suicidar-se, fornecendo-lhe fármacos para sua autoadministração, após o pedido voluntário e competente dessa pessoa. Tal conduta, que causa a morte, constitui uma inobservância do princípio da não maleficência.

Uma maneira bastante conhecida de suicídio assistido é o fornecimento de medicamentos que proporcionem a morte de uma pessoa com graves problemas de saúde. O caso da paciente Ida Rollin, nos Estados Unidos, ficou notório, uma vez que a filha forneceu as drogas para a sua mãe, portadora de câncer. A mãe foi a óbito e a filha não sofreu o processo penal. Outra maneira que ficou bastante conhecida foi a máquina de suicídio de Jack Kervorkian, também nos Estados Unidos.

Beauchamp e Childress (2002, p. 267) relatam o caso de uma paciente com leucemia grave que recusou o tratamento por ser arriscado, doloroso e incerto para justificar o suicídio assistido. Consideram que são necessárias as seguintes condições para que o pedido possa ser aceito:

- a) um pedido voluntário de um paciente capaz;
- b) uma relação vigente entre paciente e médico;
- c) uma tomada de decisão conjunta e informada do paciente e do médico;
- d) um ambiente de decisão que dê apoio, porém que seja crítico e questionador;
- e) que as alternativas rejeitadas tenham sido consideradas;
- f) que se busque um aconselhamento estruturado com outros médicos;
- g) que o paciente expresse uma preferência duradoura pela morte;
- h) que o paciente esteja experimentando um sofrimento inaceitável;
- i) que o método utilizado seja o mais indolor e confortável possível.

Os próprios autores observam para os inconvenientes em legalizar tal tipo de procedimento pela possibilidade de ocorrência do fenômeno

denominado ladeira escorregadia (*slippery slope*) ou cunha, em que os malefícios futuros dessa prática se ampliariam progressivamente assim como aconteceu com o nazismo na Alemanha. No entanto, recomendam que esse assunto seja discutido com seriedade para que haja uma delimitação do que é maleficência e do que não é maleficência.

## 3.4 PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

### 3.4.1 Origem e definição

A introdução do princípio da justiça na Bioética foi impulsionada pelo caso Tuskege, em que 399 negros norte-americanos do Alabama foram impedidos de receber penicilina quando esta foi descoberta. O motivo da negativa foi observar a evolução natural da sífilis, em benefício da ciência. Esse caso despertou a atenção para a existência de pesquisas inadequadas, principalmente quanto aos critérios de escolha dos sujeitos de pesquisa e à má distribuição dos resultados. Uma comissão especialmente designada aprovou o *Belmont Report* (1979) introduzindo a Justiça como um dos princípios recomendados para pesquisa, com autonomia e beneficência. Posteriormente, com os recursos sempre escassos para sustentar uma Medicina cada vez mais cara, cresceu a importância do princípio da justiça como critério na alocação de recursos não somente em pesquisas, mas também em assistência médica.

Em sua introdução, o *Belmont Report* afirma que, de um lado, as pesquisas trazem grandes benefícios. De outro, podem resultar em abusos contra os sujeitos de pesquisa.

Os três princípios adotados pelo *Belmont Report* são: respeito às pessoas (que equivale à autonomia), beneficência e justiça. Sobre a justiça o documento afirma que os iguais devem ser tratados por igual e

os diferentes de maneira diferente. Referente à seleção dos sujeitos, o documento desaprova a escolha dos vulneráveis, como aqueles que estão confinados em instituições e minorias raciais. Quanto à disponibilização dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa, o benefício não deve ser destinado somente às demais pessoas, abandonando-se aquele que serviu de meio para o desenvolvimento da pesquisa.

Em termos de assistência médica, ao mesmo tempo que o cidadão passou a contar com mais direitos, a Medicina evoluiu, oferecendo maiores oportunidades aos pacientes. No entanto, os custos tornaram-se cada vez mais elevados, dificultando o acesso. Nesse contexto, haveria limites de utilização de recursos escassos em recém-nascidos e anciões gravemente enfermos ou mesmo jovens vítimas de acidentes? Uma pessoa é tratada com justiça quando recebe o recurso de modo devido e correto (CICCONE, 2006, p. 44). Princípios e teorias de justiça são utilizados como critério para a alocação correta dos recursos.

Justiça por definição é dar a cada um aquilo que é seu; escolher equitativamente o sujeito da pesquisa e beneficiá-lo com os resultados obtidos; distribuir corretamente os recursos em saúde.

A primeira definição, dar a cada um aquilo que é seu, refere-se ao sentido de justiça propriamente dita que é utilizada normalmente nos tribunais.

A segunda definição de justiça em Bioética relaciona-se às pesquisas em seres humanos, em que o objetivo principal é tornar a pesquisa mais justa, tanto na escolha e proteção do sujeito participante quanto na destinação do conhecimento conquistado e na continuidade dos recursos utilizados durante a investigação.

A terceira definição, distribuir corretamente os recursos em saúde, refere-se aos princípios e teorias utilizados em saúde pública na alocação de recursos.

### 3.4.2 Princípios e teorias de justiça

Existem seis princípios de distribuição de recursos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 355-356):

- a) a cada pessoa uma parte igual;
- b) a cada pessoa, de acordo com a sua necessidade;
- c) a cada pessoa, de acordo com o seu esforço individual;
- d) a cada pessoa, de acordo com a sua contribuição à sociedade;
- e) a cada pessoa, de acordo com o seu mérito;
- f) a cada um, segundo o livre mercado.

Como pode ser visto, os princípios de distribuição de justiça não se complementam, mas até mesmo chocam-se entre si. Um país pode optar por adotar um princípio mais ou menos liberal de acordo com o critério mais conveniente à sua doutrina. Na prática, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estão diretamente envolvidos na justa distribuição de recursos. Nesse contexto, os Conselhos Municipais de Saúde possuem atribuições importantes na destinação democrática dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde.

As principais teorias da Justiça que, entre outras coisas, norteiam a alocação de recursos são quatro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 360-367):

- a) utilitarismo e utilitarismo social: maximizar a utilidade pública e valorizar aqueles que contribuíram para o desenvolvimento social;
- b) liberalismo: direito à liberdade social e econômica;
- c) comunitarismo: segundo os costumes de uma comunidade;
- d) igualitarismo: acesso igualitário aos bens.



A seguir, cada uma das teorias será abordada separadamente.

### 3.4.2.1 Utilitarismo e utilitarismo social

O utilitarismo foi definido por Stuart Mill "como o maior bem para o maior número." No entanto, há dificuldades em estabelecer o critério de bem geral. Além do mais, por essa doutrina uma minoria poderia ser sacrificada para o bem geral. O utilitarismo também sofre a crítica de valorizar mais as consequências e menos as intenções (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999, p. 267).

Utilitarismo social significa dar prioridade a algumas pessoas para aumentar as chances das demais ou para recompensar o indivíduo pelos serviços prestados à comunidade. Durante a Segunda Guerra Mundial, a penicilina era priorizada para os soldados aptos a lutar e com doenças venéreas, e não para os feridos. Utilitarismo social também significa salvar os mais importantes da sociedade que irão contribuir mais. Em caso de um barco afundando, por exemplo, o utilitarismo social consiste em preservar o presidente do país com a justificativa de ser indispensável para o bem-estar nacional ou aquele que, por possuir conhecimento marítimo e saber conduzir a embarcação, pode salvar as demais pessoas.

O Conselho Federal de Medicina adotou o utilitarismo como critério de justiça para a admissão de pacientes em UTI em caso de recursos escassos por meio da Resolução 2.156 (2016). No artigo 6, são estabelecidos critérios de prioridade e o prognóstico do paciente é o mais importante. Nesse mesmo sentido, a Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) estabeleceu escalas, entre as quais a Escala SOFA para a medição das prioridades (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2020).

### 3.4.2.2 Igualitarismo

A organização de filas e sorteios são métodos típicos de justiça por meio da teoria do igualitarismo. Os critérios usados em aposentadoria e transplantes seguem basicamente essa teoria, embora haja exceções.

#### 3.4.2.2.1 Filas

Por esse critério, quem se inscreve primeiro tem direito prioritário ao tratamento (merecimento). Fila significa igualitarismo. Esse critério de justiça é aplicado em transplantes, por meio do artigo 23, Parágrafo 4º do Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997, que diz

A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos, em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los (BRASIL, 1997).

A exceção ocorre em transplantes hepáticos em que passou a imperar o utilitarismo, ou seja, recebe o órgão quem for mais beneficiado. No entanto, a portaria do Ministério da Saúde MS/GM n. 1.160, de 29 de maio de 2006, mudou o critério de "fila única" para "critérios de gravidade" em transplantes de fígado. Diz o seu artigo 1º: "Modificar os critérios de distribuição de fígado de doadores cadáveres para transplante, implantando o critério de gravidade do estado clínico do paciente."

Dessa forma, a teoria do igualitarismo é substituída pelo utilitarismo nesse caso específico de transplantes de fígado. Em parte, esse aspecto já estava parcialmente contemplado pela Portaria n. 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, que determina critérios de urgência em transplantes como justificativa para o paciente não obedecer à ordem determinada pela fila

(igualitarismo)<sup>22</sup>. Assim, a falência de transplantes de órgãos ou uma doença fulminante sobre um órgão pode servir de justificativa para que o paciente seja favorecido com o primeiro lugar da fila.

### 3.4.2.2.2 Sorteios

O sorteio é um bom critério de justiça se não há disparidades de necessidade. Em uma situação em que todos estão em iguais condições e haja necessidade de se adotar uma decisão de vida ou morte, o sorteio é o critério mais justo. Um exemplo prático é a existência de mais pacientes graves do que leitos disponíveis em uma UTI. Em situação de total igualdade entre os enfermos necessitados, a justiça é feita mediante sorteio.

Esse critério pode ser comparado ao procedimento usual de contemplar um aluno entre vários quando há somente um livro a ser distribuído. De maneira geral, o critério mais justo é o sorteio, mediante a aplicação da teoria do igualitarismo. No entanto, se há alguém que especialmente se dedica ao assunto do livro, o critério de utilidade constitui um fator relevante para justificar a decisão de destiná-lo ao referido aluno, utilizando-se a teoria do utilitarismo.

Quando o Estado garante o salário-mínimo para todos, utiliza a teoria do igualitarismo. No entanto, cada um pode contribuir com mais para receber mais. Isso significa a utilização do liberalismo, mesclando duas teorias de justiça, como a seguir será tratado.

<sup>22</sup> Portaria n. 3407/GM/1998. Art. 38. Na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO deve ser comunicada para a indicação da precedência do paciente em relação à Lista Única. Parágrafo único. A comunicação da urgência deve ser reiterada e justificada à CNCDO, decorridas setenta e duas horas após a comunicação anterior, exceto para o rim.

### 3.4.2.3 Liberalismo

Liberalismo significa livre iniciativa. Quem pode pagar mais vai receber mais benefícios. Como citado anteriormente, quem contribui com mais recursos para a aposentadoria recebe uma pensão melhor. A denominada “economia de mercado” segue essa teoria.

Quando o Governo oferece um atendimento de saúde igualitário e o cidadão quer um atendimento melhor, poderá optar por um plano de saúde particular, arcando com os custos.

### 3.4.2.4 Comunitarismo

A teoria do comunitarismo pode ter concepção radical ou moderada. O comunitarismo radical rejeita as concepções liberais, sendo o indivíduo essencialmente comunitário, inclinando-se para o igualitarismo. No comunitarismo moderado, há um mínimo para todos e aqueles que quiserem receber mais têm a possibilidade de conseguir investindo mais, inclinando-se para o liberalismo. Esse aspecto é discutido por John Rawls, que introduz o critério de equidade para aperfeiçoar a teoria de justiça aplicada, corrigindo as injustiças da desigualdade (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 366).

## 3.5 PRINCÍPIOS MORAIS ACESSÓRIOS

Além dos quatro princípios da Bioética de princípios e daqueles apresentados pela Bioética personalista e de autores diversos, existem princípios morais acessórios que são utilizados na solução de conflitos: totalidade, mal menor e duplo efeito.

### 3.5.1 Princípio da totalidade ou terapêutico

A parte está subordinada ao todo. A parte pode ser amputada em benefício do todo, que é o organismo, sempre que tal procedimento seja necessário para a conservação deste. Constituem exemplos de aplicação do princípio terapêutico ou da totalidade a amputação de um membro, a enucleação de um olho ou retirada de órgão enfermo.

No entanto, o princípio da totalidade pode entrar em conflito com o princípio da autonomia. Em caso de grave infecção do paciente acompanhada de necrose das extremidades, poderá haver indicação de amputação de membros. Quando o paciente se nega a dar seu consentimento, alegando o princípio da autonomia, o médico tenta convencê-lo da vantagem do procedimento justificado pelo princípio da totalidade e beneficência. Em último caso, prima pela vida, mas nem sempre a equação é assim tão evidente. Quando o salvamento é bastante incerto, a autonomia do paciente deve ser valorizada, respeitando-se os seus desejos.

### 3.5.2 Princípio do mal menor

Em determinadas situações, o agente deve optar entre duas alternativas, ambas apresentando efeitos negativos. Tais situações geram conflitos de consciência pelos inconvenientes que as alternativas apresentam. Como a omissão não é uma opção disponível, faz-se necessário encontrar uma justificativa adequada para a ação escolhida.

Primeiramente, se há bens morais e materiais envolvidos, aqueles devem ser preservados. Quando ambas as alternativas contêm males morais, não sendo possível rejeitar a ambos, a alternativa que contém o mal menor deve ser escolhida. O mesmo critério é utilizado quando ambos os males são físicos (SGRECCIA, 2002, p. 169).

Dois exemplos ajudam a elucidar o entendimento desse princípio:

- a) com a finalidade de diminuir a propagação de AIDS (mal maior), fazer campanha de distribuição ou troca de seringas (mal menor). A prevenção de uma doença tão grave, mal maior, justifica-se pelo benefício da distribuição de seringas, proporcionalmente um mal menor;
- b) um médico omite parte da verdade ao paciente para não o prejudicar. A omissão da verdade (mal menor, nesse caso) visa a não produzir efeitos negativos ao paciente (mal maior). Como a revelação da verdade é parte de um processo, isso poderá ocorrer na próxima etapa, justificando o ato da omissão da verdade (mal menor) naquele momento.

### 3.5.3 Princípio do duplo efeito

Uma ação pode produzir dois ou mais efeitos com consequências simultaneamente positivas e negativas. Um exemplo de utilização do princípio do duplo efeito é a cirurgia em órgão reprodutivo acometido de câncer que resulta na esterilização do paciente. Nesse caso, ocorre um efeito positivo, que é a cura ou salvação da vida do paciente e, ao mesmo tempo, um efeito negativo, proporcionalmente inferior, que é sua esterilidade.

Sgreccia (2002, p. 171) relaciona três condições para justificar moralmente a ação do duplo efeito:

- a) a ação pretendida deve ser boa ou moralmente indiferente;
- b) a intenção do agente é pela ação boa;
- c) o efeito mau deve ser proporcionalmente justificado pelo efeito benéfico.

Em síntese, a assistência médica apresenta situações tão complexas que todas as alternativas de solução disponíveis apresentam efeitos

negativos. Nesses casos, os princípios morais acessórios complementam a fundamentação que falta aos princípios gerais para embasar uma decisão eticamente aceitável.

### 3.6 PRINCÍPIO DA PRECAUÇÃO

A principal razão para o surgimento do princípio da precaução foram os avanços científicos cujas inovações podem produzir efeitos adversos impossíveis de serem previstos. A prevenção somente é possível diante de riscos conhecidos. Ante a possibilidade de riscos incertos, com possibilidade de danos graves e irreversíveis, as ações estão justificadas pelo princípio da precaução.

A precaução é uma virtude que faz parte da prudência preceptiva com a circunspeção e prevenção (AQUINO, 2012, p. 615). A precaução adquiriu o *status* de princípio na legislação ambiental da Alemanha, em 1970, e foi reconhecida com um princípio (15) do meio ambiente pela Declaração do Rio elaborada pelas ONU (1992). Posteriormente, ampliou-se para outras áreas do saber humano. O Conselho Europa (2000) e a Unesco (2005) emitiram documentos esclarecendo as novas aplicações do princípio de precaução.

Recentemente, as enérgicas ações da Organização Mundial da Saúde no combate à gripe H1N1, cujas evidências eram de efeitos graves, mas sem comprovação científica, foram justificadas pelo princípio da precaução. A inserção no âmbito da saúde aproximou-o da Bioética. Esse novo cenário "impulsionou vigorosamente o desenvolvimento do princípio da precaução que vai se consagrando como um novo e importante princípio bioético e biojurídico." (BONAMIGO, 2011, p. 166). Diante das incertezas do futuro, muitas ações serão tomadas de maneira precautória e estima-se que o princípio da precaução vai inserir-se progressivamente na cultura humana.

## 4 BIOÉTICA E MEIO AMBIENTE

A Bioética idealizada por Fritz Jahr, no ano 1927, visava aprimorar a relação entre animais e plantas (MUZUR; SASS, 2012, p. 1). A Bioética idealizada por Van Potter, em 1970, buscava desenvolver a Ética da sobrevivência do planeta Terra. Posteriormente, durante várias décadas, a Bioética voltou-se, sobretudo, para o estudo dos conflitos morais. No entanto, no século XXI, a tendência é que ocorra o desenvolvimento da Bioética Integrativa, em que os assuntos relacionados ao meio ambiente merecerão a devida importância.

### 4.1 INTRODUÇÃO E DADOS DA HISTÓRIA

O ser humano vive em ecossistemas que são comunidades de organismos que interagem entre si e com o meio ambiente ao qual pertencem. A ciência que estuda os ecossistemas é a ecologia. O termo ecologia foi introduzido pelo biólogo alemão Haeckel, em 1866, mas a preocupação com o meio ambiente é recente na história da humanidade.

A Organização das Nações Unidas aprofundou o estudo sobre meio ambiente durante o ano 1972, em Estocolmo, ocasião em que emitiu o documento *Meio Ambiente Humano*. Posteriormente, já no ano de 1987, em Tóquio, a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento da ONU elaborou o documento *Nosso Futuro Comum*, também conhecido como *Brundtland Inform*, propondo novas estratégias de ação para lidar com a relação entre o meio ambiente e o desenvolvimento humano (LOPES, 2008, p. 462).

Embora não tenha sido seu inventor<sup>23</sup>, Potter (1970) propôs a utilização da palavra bioética com o significado de ciência da sobrevivência.

<sup>23</sup> O inventor da palavra Bioética foi o pastor alemão Fritz Jahr, em 1927.



Sua mensagem acompanha-se de um alerta: os recursos do meio ambiente possuem limites que o homem deve respeitar. O homem precisa construir uma nova sabedoria que una o conhecimento biológico aos valores humanos, preservando a qualidade de vida para as futuras gerações.

## 4.2 CONCEITOS

Para situar a Bioética em um contexto tão complexo como o meio ambiente, utilizar-se-á a estratégia de Pessini e Barchifontaine (2010, p. 97-101), que simplificam o entendimento dessa relação. Segundo esse método, a ecologia divide-se em quatro partes:

- a) ambiental: somente inclui o meio ambiente;
- b) social: o ser humano e a sociedade são inseridos na natureza;
- c) mental ou profunda: a conscientização humana inclui-se no contexto do meio ambiente;
- d) integral: a terra e os seres humanos mantêm relações com o meio ambiente, mas estão inseridos em um contexto bem mais amplo que é o universo.

A ecologia social e mental, por inserir o ser humano em um contexto global, são aquelas que mais diretamente se relacionam com a Bioética. A seguir, serão apresentados os conceitos de alguns termos utilizados em meio ambiente:

- a) biodiversidade: é a existência, em determinada região, de uma grande variedade de espécies, ou de outras categorias taxonômicas de plantas e animais;
- b) biosfera: é o conjunto de todos os ecossistemas da terra;

- c) desenvolvimento sustentável: é um processo de desenvolvimento econômico em que se procura preservar o meio ambiente para as futuras gerações;
- d) ecologia: é a ciência que estuda os ecossistemas. O termo ecologia tem origem no grego "*oikos*", que significa casa, e "*logos*", estudo;
- e) ecossistema: é uma comunidade de organismos que interagem entre si e com o meio ambiente ao qual pertencem. Podemos citar como exemplo de meio ambiente: lago, floresta, savana, tundra etc.;
- f) flora: é o conjunto das espécies vegetais de determinada localidade;
- g) fauna: é o conjunto das espécies animais de determinada localidade;
- h) meio ambiente: é o conjunto de condições naturais e influências que atuam sobre os organismos vivos e seres humanos;
- i) prevenção: é a ação de evitar aquilo que, com certeza, pode produzir efeitos negativos. Há certeza absoluta dos seus malefícios;
- j) precaução: é a adoção de providências ante a ameaça de danos sérios ou irreversíveis, mesmo que haja somente fortes evidências, sem prova científica de sua existência. A precaução difere da prevenção por justificar uma ação preventiva somente pelas evidências da existência de dano;
- k) taxonomia ou taxinomia: é a ciência da classificação.

## 4.3 CAUSAS DOS DANOS AMBIENTAIS E TEORIA DO RISCO GLOBAL

As ações humanas, que se intensificaram com o advento da era industrial, produziram efeitos adversos sobre o meio ambiente e seus ecossistemas. Quais as razões que levam o ser humano a persistir na produção dessas ações negativas? Segundo Leone (2001, p. 351), as causas mais prováveis dos danos ambientais produzidos pelo homem podem ser assim divididas:

- a) convicção de que os recursos são inesgotáveis e que o ser humano tem a capacidade de recuperação dos danos ocasionados;
- b) a não preservação do meio ambiente diminui custos de produção e permite a obtenção de maiores lucros;
- c) opção por fontes energéticas altamente poluentes, como o petróleo e o carvão;
- d) valorização do bem-estar e consumo sem preocupação com danos ambientais.

O antropocentrismo, pelo qual o ser humano possui a supremacia do planeta, deslocado da natureza, constitui um posicionamento irrefletido (LOURENÇO, 2019). A interferência do ser humano sobre o meio ambiente produziu mudança de paradigmas. Atualmente, considera-se que há dois tipos de ameaças globais: perigo e risco. Perigo é uma ameaça de danos oriunda da natureza. Risco é uma ameaça proveniente das ações humanas. No passado, predominava o perigo. Recentemente, o aumento do poder humano propiciou o aumento dos riscos, principalmente em assuntos de meio ambiente.

A teoria da Sociedade do Risco Global, de Beck (2006, p. 214-234), explica o atual contexto global ante as ameaças naturais e humanas. Eis os principais tópicos de sua teoria:

- a) o risco é uma ameaça que pode se tornar real. Exemplos de riscos reais são o aumento do nível dos mares e a explosão de bombas atômicas, cujos efeitos comprometeriam a população de todo o mundo;
- b) o passado perde e o futuro aumenta sua importância. O poder de influência humana sobre o futuro aumentou nas recentes décadas, mas não o seu domínio. Nesse contexto, quais as consequências do aquecimento global sobre as doenças e o planeta? E das mudanças genéticas?

- c) a interpretação do risco depende do contexto cultural em que ocorre. Quem é beneficiado pela poluição pode interpretar que, do seu ponto de vista, é mais interessante correr o risco que evitá-lo;
- d) o futuro escapa ao controle humano, mas o homem tenta tornar previsível o imprevisível;
- e) há um conflito entre o conhecimento e o desconhecimento. Para quem produz poluição pode ser mais interessante a desinformação das demais pessoas sobre as consequências de sua atividade;
- f) os riscos tendem a ser globais. O degelo da Groelândia ou uma guerra atômica entre Rússia e Estados Unidos ou Geórgia podem trazer graves consequências para todo o mundo pelo aumento do nível dos mares e pela disseminação da radiação mortífera.

O ser humano, com seu conceito antropocentrista, avança sobre os limites da fauna e da flora, desequilibrando os ecossistemas e a biodiversidade. Com isso, surgiu o “meio ambiente construído” que, na explicação de Bitar (2004, p. 60), aplica-se a “contextos territoriais intensamente ocupados e modificados pela comunidade humana, como no caso de áreas urbanas.” A esse cenário global Ulrich Beck (2006, p. 233) denominou “mundo híbrido”, cujo dualismo, tradicionalmente composto pela natureza e sociedade, tornou-se cada vez menos nítido, devido às ações humanas. Já não é possível delimitar o mundo natural daquele continuamente transformado pelo homem. Contudo, essa transformação implica consumo de bens naturais e os recursos do planeta não são inesgotáveis. A sociedade atual gerou riscos cuja abrangência extrapolou o âmbito local, ou regional, para ser global. O desenvolvimento sustentável é uma meta que está longe de ser atingida. Assim, emerge a necessidade de se desenvolver a ecologia mental ou profunda em que o meio ambiente seja uma preocupação e um comprometimento de todos os seres humanos.

Na educação ambiental, as propostas pedagógicas devem contemplar “conscientização, mudança de atitude e comportamento, desenvolvimento de competências, capacidade de avaliação e capacitação dos educandos”, abrindo uma nova relação entre meio ambiente e educação, fortalecendo a reflexão para alcançar a sustentabilidade planetária (JACOBI, 2006).

Nesse contexto, surge a preocupação com as futuras gerações, uma responsabilidade sobretudo daqueles que deixam filhos que buscarão sobreviver daquilo que restar no mesmo planeta cuja deterioração já se faz sentir em grande escala. Entretanto, como já alertava Hans Jonas no século XX, o bem-estar atual adquirido com consumos naturais causa um enorme aumento do metabolismo entre o conjunto do corpo social e ambiente natural; o aumento demográfico poderá chegar a um ponto que o planeta não poderá oferecer o suficiente para a sobrevivência de todos (JONAS, 2004, p. 234). O papel dos educadores e dos líderes será fundamental para alavancar essa transformação social com maior preocupação com o meio ambiente.

## 4.4 DOCUMENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Documentos emitidos por instituições nacionais e internacionais oferecem orientações sobre ética ambiental. O Código de Ética Médica brasileiro diz no inciso XIII, dos Princípios Fundamentais: “O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida” (CFM, 2018). Dessa forma, “Dizer que isso (meio ambiente) não é função do médico é no mínimo desconhecer as consequências e os malefícios de tais fatores ou relegar a um ponto muito obscuro o papel do médico.” (FRANÇA, 2006, p. 28).

Nesse mesmo sentido caminha o Código de Ética de Enfermagem brasileiro orientando, em seu artigo 24, que o enfermeiro deve: “Respeitar, no

exercício da profissão, as normas relativas à preservação do meio ambiente e denunciar aos órgãos competentes as formas de poluição e deteriorização que comprometam a saúde e a vida" (COFEN, 2017). Portanto, tanto o Código de Ética Médica quanto o de Enfermagem orientam claramente seus profissionais sobre o dever de preservação do meio ambiente.

No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu vários documentos sobre saúde e meio ambiente, entre os quais foram selecionados dois. O primeiro documento, intitulado *Cambio Climático e saúde humana: riscos e respostas. Resumo*, foi publicado em Genebra, em 2003. Segundo o seu teor, as enfermidades ampliarão seus limites geográficos e haverá proliferação tanto de vetores quanto de enfermidades.

O segundo documento, de 2006, intitula-se *Protegendo a Saúde das mudanças do Meio Ambiente – 10 ações para Profissionais de Saúde (Protecting Health From Climate Change Top 10 Actions For Health Professionals)*<sup>24</sup>. Nesse documento, a OMS divulga recomendações específicas aos profissionais de saúde sobre meio ambiente. Além da necessidade de um acordo mundial sobre a saúde e o meio ambiente, é preciso que os profissionais da saúde sejam incentivados a participar pessoalmente da sua preservação, principalmente no combate ao efeito estufa, mediante a diminuição do consumo, produção de carbono e da poluição em geral.

Eis um resumo das dez recomendações do documento:

- a) preconize um acordo pós-Kioto para estabilizar o meio ambiente;
- b) promova o reconhecimento da necessidade de um acordo "destinado à saúde";

<sup>24</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104200/9789241564687\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104200/9789241564687_eng.pdf).

- c) use seu conhecimento e autoridade para defender a necessidade de ação;
- d) avalie a capacidade de resposta da comunidade e do sistema de saúde local;
- e) fortaleça a capacidade do sistema de saúde ante o câmbio climático;
- f) incentive as instituições de saúde a dar o exemplo;
- g) defenda os benefícios para a saúde na redução das emissões de gás estufa;
- h) melhore seu conhecimento sobre os efeitos do câmbio climático;
- i) calcule e reduza sua produção de carbono;
- j) promova esses pontos de ação entre seus colegas.

A Unesco emitiu a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* em 2005 (UNESCO, 2005). O meio ambiente é abordado no artigo 17, que trata da Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade:

Devida atenção deve ser dada à inter-relação de seres humanos com outras formas de vida, à importância do acesso e utilização adequada de recursos biológicos e genéticos, ao respeito pelo conhecimento tradicional e ao papel dos seres humanos na proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

Embora as orientações sejam genéricas, a proteção ao meio ambiente é destacada no documento como um papel a ser desempenhado por todas as pessoas.

No âmbito nacional, a Constituição Federal brasileira diz, em seu artigo 225: "Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para

as presentes e futuras gerações" (BRASIL, 1988). Assim, o país preocupa-se tanto com a presente quanto com as futuras gerações. Esse aspecto é relevante por estar em consonância com o princípio de responsabilidade para com as futuras gerações, formulado pelo filósofo alemão Hans Jonas e com os objetivos da Bioética.

## 4.5 MEIO AMBIENTE E PRINCÍPIO DE PRECAUÇÃO

A defesa do meio ambiente contém três fases: delineamento das etapas de um plano, conscientização dos indivíduos e emissão de normas (LEONE, 2001, p. 354). Na avaliação de políticas, um instrumento que adquiriu recentemente grande importância, por ser um princípio bioético e biojurídico, é o princípio de precaução. Seis condições são essenciais para a aplicação do princípio de precaução (ANDORNO, 2004, p. 28-32):

- a) existência de risco incerto, mas com evidência consistente;
- b) avaliação científica das evidências de risco;
- c) o risco refere-se à possibilidade de danos sérios ou irreversíveis;
- d) proporcionalidade das medidas a serem adotadas contra os possíveis danos;
- e) transparência das medidas;
- f) inversão do ônus da prova, por meio da qual aquele que desempenha uma atividade perigosa tem o dever de provar que ela não apresenta risco. Nesse caso, as eventuais vítimas não arcam com a obrigação de provar os possíveis danos do produto ou atividade que poderão afetá-los.

Em termos futuros, não é possível adotar sempre a prevenção, tendo em vista que os riscos são incertos. Assim, cresce em importância



o princípio de precaução como um novo mecanismo para lidar com os riscos incertos do futuro. Na União Europeia, tanto se encontra o princípio de precaução na legislação quanto na jurisprudência. A tendência é que o princípio de precaução seja considerado um princípio bioético e biojurídico (BONAMIGO, 2011, p. 166).

Embora o conhecimento humano sobre o meio ambiente tenha aumentado consideravelmente nas últimas décadas, o consumismo continua a ser universalmente consagrado, suscitando a necessidade de maior incentivo à adoção de valores humanísticos, entre os quais o princípio da responsabilidade de Hans Jonas e o Princípio da Precaução, que conduzem para uma conduta humana cada vez mais prudente (BRAMA; GRISÓLIA, 2013).

## 4.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Bioética é a disciplina que trata da ética em assuntos de saúde e da vida. As mudanças do meio ambiente tanto podem causar efeitos sobre a saúde humana quanto sobre a vida do planeta. O ser humano passou a influir sobre o câmbio climático principalmente após o advento da era industrial.

Referente à saúde, o aquecimento global vai alterar a área geográfica de muitas doenças. Os médicos e os profissionais de saúde em geral precisam participar ativamente de ações de preservação de meio ambiente e projetar com antecedência as novas doenças que se originarão do câmbio climático.

A conscientização sobre assuntos de meio ambiente deve fazer parte da formação profissional do médico e dos demais profissionais da área da saúde. Nesse sentido, há recomendações que partem da Associação

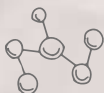
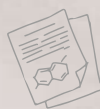
Médica Mundial, Organização Mundial da Saúde, Unesco e Códigos de Ética, entre outras entidades e autores. Os profissionais da saúde podem colaborar efetivamente com a preservação do meio ambiente.

Referente à vida, os riscos ao meio ambiente causados pelo homem ampliaram-se e tendem a ser globais. A prevenção não será possível em todos os casos e, ante a incerteza, somente a precaução, que é um princípio bioético, será a conduta possível. A Bioética pode participar cada vez mais na prevenção e precaução, incluindo a formação profissional específica e ações práticas como aquelas propostas pela Organização Mundial da Saúde para a preservação do meio ambiente e o desenvolvimento sustentável.



PARTE II

# BIOÉTICA ESPECIAL





## 5 ABORTO

O valor da vida humana é incalculável. O aborto é uma ação que visa a interromper a vida de um ser em gestação. Por isso, constitui um tema controverso na maioria dos países, tanto do ponto de vista moral quanto legal.

No outro polo dessa ação está o embrião sobre cujo *status* não há consenso. Os mistérios sobre o início da existência humana e do *status* do embrião em suas várias fases causam desacordos de interpretação e instigam a discussão por parte dos cientistas, moralistas e religiosos. Em consequência das profundas divergências, as leis aprovadas não conseguem representar adequadamente a moral de um país sobre o aborto.

Os dados sobre a prática do aborto no mundo são impressionantes. Segundo o Documento *Aborto Sin Riesgos – Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*, da Organização Mundial da Saúde (2003), ocorrem 46 milhões de abortos por ano no mundo dos quais 20 milhões são induzidos. As mortes ocorrem em 13% das mulheres que se submetem ao aborto em locais inseguros.

No Brasil, um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2009, p. 14) sobre o aborto avaliou 2.135 fontes publicadas por autores, periódicos e editoras nacionais ou estrangeiras. Foram selecionados 398 trabalhos para serem avaliados integralmente. Referente ao perfil, as mulheres que abortam estão na faixa “[...] entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 14). Essa faixa de mulheres entre 20 e 29 anos provoca entre 51 e 82% do total de abortos produzidos no Brasil.

Segundo esse estudo, mais da metade das mulheres que abortam usa algum tipo de método anticoncepcional, deduzindo-se que a gravidez

não é planejada. Parte das mulheres que abortam busca o atendimento em serviço público de saúde. Por meio dessas mulheres foi feita uma estimativa sobre o número total de abortos. Para fins de cálculo, considerou-se que apenas uma (20%) em cada cinco mulheres que induzem o aborto procura o atendimento nos hospitais públicos e 80% não procuram.

Esse trabalho conseguiu inferir que mais de um milhão de abortos clandestinos é realizado por ano no Brasil. Mais precisamente, estimou-se que, durante 2005, foram realizados 1.054.242 abortos em todo o país. A taxa anual de aborto foi calculada em 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 70% das mulheres que se submetem ao aborto vivem em união estável ou segura. Esse achado é surpreendente, mas reforça o dado anteriormente encontrado, segundo o qual as mulheres que se submetem ao aborto são usuárias de métodos anticonceptivos que, por algum motivo, falham.

Paradoxalmente, existem dispositivos legais para a prevenção do aborto. A Lei Federal n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e trata do planejamento familiar, diz:

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

No entanto, dezessete anos decorreram e o quadro nacional sobre a falta de planejamento familiar e manutenção do elevado número de abortos continua a desolador.

Nesse trabalho de iniciativa do Ministério da Saúde, há ainda um aspecto inquietante referente ao sigilo médico. Um dos trabalhos analisou onze mulheres processadas judicialmente por submeterem-se ao aborto e

constatou que a maioria (80%) foi denunciada pelos seus próprios médicos. Tal conduta levanta um aspecto ético preocupante, pois a denúncia do médico não se ampara na figura do dever legal, nem da justa causa, constituindo uma violação ao sigilo médico.

Nesse cenário de números impressionantes e divergências de conceitos, insere-se a discussão bioética que, por definição, analisa a conduta humana na questão do aborto sob o prisma dos princípios morais.

## 5.1 ETIMOLOGIA E DEFINIÇÃO

Aborto é uma palavra composta pelos termos latinos *ab*, que significa afastamento, e *orto*, oriundo de *oriri*, que significa originar, nascer. Portanto, a palavra aborto, do ponto de vista etimológico, significa “afastar o nascer”. Entre os termos “aborto” (produto expelido) e “abortamento” (ato de abortar), França (2007, p. 349) aconselha que se utilize “aborto” tendo em vista que a legislação vigente assim se refere.

Não há uma definição única sobre o aborto. De forma geral, entende-se por aborto a expulsão do feto antes do 6º mês de gestação. No entanto, há definições de aborto que estabelecem outros prazos, conforme descritos a seguir:

- a) é a descontinuação dolosa da prenhez, com ou sem expulsão do feto, da qual resulta a morte do nascituro (HOUAISS, 2009);
- b) entre as várias definições de aborto reunidas por Pessini e Barchifontaine (2005), encontra-se que: é a expulsão do feto até a 20ª ou 22ª semanas de gestação ou feto até 16,5 cm; é a interrupção da gestação até 24 semanas de gravidez (definição médica); é a expulsão de um feto não identificável ou de um recém-nascido que pese menos de quinhentos gramas.

O aborto pode ser espontâneo ou provocado. No caso de ser provocado, por se tratar de uma vida humana, o ato tem implicações éticas e legais. França (2007, p. 348) esclarece que provocar o nascimento após o sétimo mês de gestação caracteriza parto prematuro, mas, do ponto de vista da justiça penal, o crime de aborto ocorre em qualquer momento antes do parto.

Embrião é o ser humano nas primeiras fases do desenvolvimento. Do ponto de vista biológico, o embrião inicia no momento da fecundação e vai até a 8ª semana. Depois disso, torna-se um feto. Contudo, segundo outra conceituação, o período embrionário estende-se da 3ª à 8ª semana e antes disso é pré-embrião. O conceito de pré-embrião é discutível por considerar que esse embrião, no período que vai da fecundação até a segunda semana de vida em que ocorre a nidadação, possui um *status* inferior, sendo permitidas ações de instrumentalização que não são admitidas posteriormente. Feto é o organismo humano em desenvolvimento. O período fetal vai da 9ª semana de vida ao nascimento.

Do ponto de vista histórico, o cristianismo sempre considerou a prática do aborto como um delito contra o ser humano. Santo Agostinho considerava que o ser humano começa sua existência a partir de 40 a 80 dias de gestação. Porém, com isso não concordava São Basílio para quem, a partir da fecundação, já havia um novo ser humano (FRANÇA, 2007, p. 349).

## 5.2 PERSONIFICAÇÃO DO FETO

A época da personificação do feto não é um tema consensual. As teorias existentes podem ser divididas em três escolas: genética, desenvolvimentista e das consequências sociais.

A teoria da escola genética admite que o novo ser humano inicia no momento da concepção. A união dos 23 cromossomas do pai com os 23 da mãe sela o início de uma nova vida, de uma nova pessoa. O desenvolvimento



vai ocorrer mediante um processo ininterrupto de coordenação, continuidade e gradualidade.

A escola desenvolvimentista admite momentos distintos para a personificação do feto:

- a) nidação. No momento em que o embrião se fixa no útero materno, inicia um novo ser humano. Esse conceito favorece a instrumentalização de embriões até a nidação;
- b) 14º dia. A perda da capacidade do embrião dividir-se após essa data em que se forma a estria primitiva é a justificativa para considerar que nesse momento inicia a vida humana. Antes do 14º dia, o embrião seria considerado um pré-embrião. Esse conceito também favorece a instrumentalização de embriões até o 14º dia;
- c) formação do córtex cerebral. Tendo em vista que o diagnóstico de morte ocorre por meio da constatação de morte encefálica, a formação do córtex cerebral determinaria o início da existência desse novo ser humano;
- d) constituição física do feto. O novo ser será considerado uma pessoa após sua saída do útero quando podem ser observadas suas características humanas.

Finalmente, a escola das consequências sociais admite a existência de uma nova pessoa não quando a vida começa, mas quando a vida humana começa, segundo as consequências sociais, ou seja, quando o indivíduo começa a se integrar à sociedade.

Referente à relação entre morte encefálica e formação do córtex cerebral, para justificar o início de vida, existem argumentações contrárias, já que existem fases que precedem essa fase. Embora a plenitude do ser humano só ocorra posteriormente, a argumentação de quem defende a teoria biológica é que a pessoa humana inicia no momento da fecundação (KIPPER *et al.*, 2008, p. 238).

## 5.3 TIPOS DE ABORTO

Existem quatro tipos de aborto: Interrupção Eugênica da Gestação (IEG), Interrupção Seletiva da Gestação (ISG), Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e Interrupção Terapêutica da Gestação (ITG) (DINIZ; ALMEIDA, 1998, p. 196).

Na Interrupção Eugênica da Gestação (IEG), o aborto ocorre por critérios racistas, sexistas e étnicos. Os nazistas foram um exemplo clássico de colocação em prática do aborto eugênico ao exigí-lo para ciganos e judeus.

A Interrupção Seletiva da Gestação (ISG) realiza o aborto em caso de anomalias fetais. Um exemplo de aborto seletivo é sua realização em caso de síndrome de Down ou outra malformação genética fetal.

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é o aborto voluntário que ocorre em nome da autonomia reprodutiva. A interrupção voluntária pode decorrer de estupro (aborto sentimental) e também sob a alegação de problemas psicológicos e até mesmo como controle de natalidade.

Na Interrupção Terapêutica da Gestação (ITG), o aborto terapêutico é realizado para a preservação da saúde materna. São exemplos de aborto terapêutico: hipertensão grave e incontrolável, diabetes avançada, câncer de mama, hepatite viral, anemia, malária, cardiopatias.

## 5.4 ABORTO LEGAL E CÓDIGOS DE ÉTICA PROFISSIONAIS

Sobre o aborto, diz o Juramento de Hipócrates: "Também não darei a uma mulher um pessário abortivo." A atual moral médica admite que o médico realize o aborto nos casos legais. Esse conceito foi inserido no código

profissional dos médicos. O artigo 15 do Código de Ética Médica brasileiro (2018, grifo nosso) diz que é vedado ao médico: “Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, **abortamento**, manipulação ou terapia genética.”

O Código de Ética de Enfermagem (Resolução n. 564/2017) proíbe o enfermeiro de provocar ou participar do aborto. O artigo 73 desse documento veda ao enfermeiro: “Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente. Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.” Assim, o Código de Enfermagem permite excepcionalmente a participação do enfermeiro em aborto legal ao mesmo tempo que protege os objetores de consciência que não queiram participar.

No Brasil, o aborto é sempre considerado crime. O artigo 128 do Código Penal (BRASIL, 1940) cita textualmente duas hipóteses em que “não se pune” o aborto: se não há outro meio, que não o aborto, para salvar a vida da gestante; se a gravidez resulta de estupro. Em ambos os casos, o aborto continua sendo crime. Aliás, o Código Penal não diz “não constitui crime”, mas tão somente “não se pune”.

Portanto, o médico que praticar aborto em tais hipóteses comete crime. Ocorre que a lei nem sempre aplica pena a um crime já cometido. A lei não pune, por exemplo, o furto já praticado entre ascendente e descendente, ou entre cônjuges (artigo 181, do Código Penal) por razões de política criminal. Outra situação de isenção de pena ocorre quando o pai, por falta de cuidado, dispara acidentalmente uma arma contra o filho, causando-lhe a morte. Nesse caso, comete homicídio culposo. Trata-se de um crime. No entanto, em virtude do perdão judicial (artigo 121, parágrafo 5º do Código Penal), o juiz poderá deixar de aplicar a pena ao pai.

Em outros países, como Espanha e Estados Unidos, além das situações anteriores, também não é penalizada a prática de aborto por malformações do feto ou, até mesmo, voluntariamente (autonomia reprodutiva).

Do ponto de vista legislativo, o Código Penal determina, em seu artigo 128, que: “Não se pune o aborto praticado por médico: I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante. II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.” A essas duas exceções, foi adicionado o aborto em caso de anencefalia, por decisão do Supremo Tribunal Federal (BRASIL, 2012).

Para a realização do aborto terapêutico, que é legal e admitido pela ética médica, é necessário o cumprimento de algumas condições: a mãe deve estar em perigo de vida; o perigo para sua vida vem da gravidez; a interrupção da gestação cessa o perigo de vida para a mãe; a interrupção da gravidez é o único meio para salvar a gestante; finalmente, por precaução, recomenda-se que haja concordância de um colega (FRANÇA, 2007, p. 350).

Referente ao estupro, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria MS/GM n. 1.508, de 1º de setembro de 2005, para orientar a assistência médica, com a finalidade de realização do aborto legal. Nela constam as seguintes exigências:

- a) que seja feito um relato circunstanciado pela gestante a dois profissionais de saúde;
- b) que haja a elaboração de um parecer técnico pelo médico;
- c) que ocorra a avaliação e aprovação do aborto por equipe de saúde composta por três profissionais;
- d) que sejam apresentados e assinados o termo de responsabilidade e o termo de consentimento livre e esclarecido pela gestante.

Essa orientação foi incorporada à “Seção II Do Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei” da Portaria de consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Apesar da dispensa do Boletim de Ocorrência (BO), tal documento consiste em prova documental e, portanto, serve para a defesa jurídica e a tranquilidade das instituições e dos profissionais envolvidos no procedimento. Posteriormente, houve a publicação de Portarias com orientação menos humanizada para o atendimento à mulher vítima de estupro, mas que foram revogadas por seu teor inaceitável.

Um assunto polêmico é a indicação de aborto legal em caso de gravidez com feto portador de anencefalia cuja possibilidade de sobrevivência é nula. De um lado, havia o entendimento de que a interrupção da gestação de fetos anencéfalos feria o direito à vida, previsto na Constituição Federal. De outro, havia os que afirmavam a inexistência de crime, considerando a inexistência de vida, observados os critérios da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997), que dispõe acerca da possibilidade de transplantes de órgãos. O artigo 3º da referida lei dispõe que “[...] a retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica.”

Segundo essa premissa, se há uma lei estabelecendo que o critério adotado para a definição de morte é a morte encefálica, pode-se perfeitamente definir como o ponto final da vida a parada da atividade cerebral. Dessa forma, ocorreria a descaracterização de aborto criminoso, visto tratar-se de “crime impossível” (artigo 17 do Código Penal). No entanto, como qualquer modalidade de aborto, constituiu uma ilicitude penal no Brasil até o ano 2012. Em 2012, uma decisão do Supremo Tribunal Federal despenalizou o aborto em caso de anencefalia. Em seguida, o Conselho Federal de Medicina regulamentou a forma de diagnóstico para antecipação terapêutica do parto, por meio da Resolução 1.989 (2012). Para Lucena *et al.*

(2009), a disponibilidade de diagnóstico precoce, resultante dos avanços da Medicina, evidenciava a necessidade dessa reformulação legal.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) já garantia à gestante, desde antes da decisão do STF, a possibilidade de impetração de *habeas corpus* preventivo (artigo 5º, inciso LXVIII), bastando a comprovação do *fumus boni juris* (significa fumaça do bom direito, ou seja, o juiz decide pelo que lhe parece mais plausível) e do *periculum in mora* (significa perigo da demora, ou seja, o risco de decisão tardia, perigo em razão da demora) para a concessão do pedido.

## 5.5 ABORTO E OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

A legalização do aborto não significa que o médico tenha o dever de realizá-lo e que outros profissionais da saúde estejam obrigados a participar do ato. Nas últimas décadas, de um lado, vem ganhando força a objeção de consciência em que um profissional, sem querer o fim da norma, nega-se a realizar o ato legal que está em desacordo com sua consciência.

De outro lado, a sociedade tornou-se mais tolerante com esses profissionais que se negam a realizar um procedimento não admitido por sua moral individual. Nesse sentido, os conselhos profissionais contemplam esse emergente direito em seus Códigos de Ética. No Brasil, o Código de Ética Médica (2018) diz, no inciso IX, do capítulo Direitos do Médico, que o médico pode "recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência." Da mesma forma, o Código de Ética de Enfermagem (2017) diz em seu artigo 73, parágrafo único, que, nos casos legais, o enfermeiro decide pela participação no ato abortivo "segundo a sua consciência."

Assim, por se admitir a objeção de consciência na ética profissional das duas principais profissões envolvidas na assistência médica, à medida que a frequência de autorização do aborto legal aumenta, impõe-se a elaboração de normas sobre os mecanismos de compensação laboral entre profissionais objetores e não objetores de consciência pela sobrecarga imposta aos que executarão o procedimento adicional.

## 5.6 AVALIAÇÃO ÉTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é um tema controverso, pois não há consenso sobre o momento da personificação do feto. A teoria genética considera que existe uma nova pessoa desde o momento da fecundação. Outras teorias divergem, como a desenvolvimentista e das consequências sociais, que preconizam outros momentos para o início da personificação.

A diminuição do *status* do embrião nos primeiros dias ou semanas de vida, cuja consequência mais conflituosa é a sua instrumentalização, gera objeções de natureza ética, não sendo admitida por aqueles que adotam a teoria genética.

A prevenção dos conflitos éticos passa teoricamente pelo oferecimento de melhores condições sociais e culturais para evitar a gestação indesejada. Do ponto de vista prático, ocorre grande número de relações sexuais em que a mulher, principalmente adolescente, não usa método anticoncepcional ou o utiliza inadequadamente. A pílula do dia seguinte também está disponível, mas poucos conhecem e há aspectos éticos envolvidos por se tratar de um aborto medicamentoso.

A valorização ética dos bens envolvidos não é simples: abrange desde o valor da vida humana, que é sacrificada, aos métodos preventivos discutíveis e à objeção de consciência do profissional em realizar um ato

que atenta contra a vida. Também estão em jogo vidas de gestantes que, ao não admitir uma gravidez indesejada, submetem-se a métodos inseguros e ilegais para atingir seus objetivos.

Com respeito às controvérsias existentes sobre o aborto e pela dificuldade do uso de métodos naturais (tabelinha *Billings*), Pessini e Barchifontaine (2010, p. 348) justificam o uso de métodos artificiais de anticoncepção em vez do aborto para controlar a natalidade pelo princípio moral do mal menor.

Não há uma solução ética e legal perfeita. Todas trazem algo de bom e algo de ruim. A análise da conduta humana para favorecer o bem e diminuir o mal é uma questão do âmbito da Bioética. Por isso, o princípio do mal menor justifica que sejam toleradas algumas ações para prevenir outras cuja gravidade do ilícito é muito maior.

Ao mesmo tempo que a natureza humana traz consigo a conduta ética de "não matar", na prática, a organização social cria situações tão complexas que o próprio ser humano considera, em certas situações, admissível "matar" sem que o agente seja penalizado. Por exemplo, o Código Penal, em seu artigo 23, versa que "[...] não há crime quando o agente pratica o fato em estado de necessidade, em legítima defesa, em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito." Dessa forma, estará excluída a ilegalidade do fato ou exclusão de antijuridicidade. Essas situações conflituosas crescem de maneira proporcional à piora da condição socioeconômica da população.

Por outro lado, a ilegalidade favorece o aumento do número de óbitos maternos resultantes da realização de abortos clandestinos, propiciando a iniciativa de legalização do aborto como um mal para sanar outro mal.

As grandes explicações para esse paradoxo são duas: o pecado original e a caixa de Pandora. No primeiro caso, o homem perdeu o paraíso e, com ele, a organização social ideal planejada por Deus. No segundo caso,



as desgraças enviadas por Zeus foram liberadas pela abertura precoce da caixa de Pandora, e o homem obriga-se a conviver permanentemente com elas. Felizmente, na caixa restou a esperança.

Essa esperança restante significa que existem formas de minimizar o dramático quadro nacional. Primeiramente pela melhora da condição social da população mais pobre. Em segundo lugar, pela melhora do aspecto cultural com ênfase para um conhecimento melhor dos métodos preventivos que irão diminuir consideravelmente o número de abortos. A esperança permanece conosco e vale a pena envidar todos os esforços possíveis para a mudança desse quadro desumano e assustador.

## 5.7 ATIVIDADES PRÁTICAS SOBRE O ABORTO

A seguir, serão apresentadas duas atividades práticas sobre o aborto: a dramatização da Portaria do MS, que trata da interrupção da gravidez, e a projeção do documentário *Uma História Severina*.

### 5.7.1 Portaria MS n. 1508/2005

De acordo com Anastasiou e Alves (2004, p. 89), a dramatização constitui uma representação teatral que se faz sobre determinado tema, podendo ser considerada uma forma especial de estudo de casos sobre relações humanas. A avaliação levará em conta a clareza, coerência, os recursos, a criatividade e espontaneidade, bem como a participação do grupo observador.

Organização: primeiramente, designa-se uma equipe de quatro ou cinco alunos para ler a Portaria n. 1508/2005, a fim de preparar a dramatização. Essa atividade vai representar os principais passos que deve

percorrer uma mulher a qual pretende realizar a interrupção de gravidez resultante de estupro. Os aspectos bioéticos do caso devem ser enfatizados.

O objetivo dessa atividade é entender o mecanismo proposto pela Portaria e dramatizar as dificuldades e dúvidas que uma gestante decorrente de estupro enfrenta para conseguir seu intento. Também visa a discutir os aspectos morais do respeito à vida humana e das situações oriundas da objeção de consciência dos profissionais envolvidos.

As possibilidades dessa atividade são amplas e o sucesso depende da criatividade da equipe.

### 5.7.2 Projeção e discussão do documentário *Uma história Severina*<sup>25</sup>

O documentário permite aos participantes vivenciar o drama sofrido por um casal que buscava a interrupção da gravidez de feto portador de anencefalia. A história, apresentada do ponto de vista de quem sofre as consequências, propicia uma proveitosa análise crítica aos participantes dessa atividade.

<sup>25</sup> BRUM, Eliane; DINIZ, Débora. *Uma História Severina*. Produção de Fabiana Paranhos. ANIS, 2005.

## 6 FIM DE VIDA

Neste capítulo, serão abordados temas de fim de vida, como eutanásia, ortotanásia, distanásia, mistanásia, suicídio assistido, sedação paliativa e testamento vital. Para o aprofundamento do assunto, sugere-se a organização de um seminário. O progresso da ciência modifica continuamente vários aspectos relacionados a esses temas, tornando sua abordagem sempre desafiadora e atual.

### 6.1 EUTANÁSIA

#### 6.1.1 Notas históricas

O termo eutanásia somente foi criado no século XVII, pelo filósofo inglês Francis Bacon (1561-1626). O contexto em que o termo surgiu estava mais voltado à compaixão humana do que ao reconhecimento da autonomia ou aos direitos do paciente. Ao mencionar a palavra eutanásia, em sua obra ***Proficiency and Advancement of Learning, Divine and Human*** (1605), Bacon, de um lado, destaca a importância da função do médico para o alívio da dor e do sofrimento que castiga os enfermos em fim de vida. De outro lado, critica os médicos que abandonam seus pacientes em situação terminal. Diz textualmente Bacon (1824, p. 123-124, tradução nossa):

Melhor ainda, eu avalio o papel de um médico não só para restaurar a saúde, mas também para aliviar a dor e sofrimento; e não apenas quando tal alívio pode conduzir à recuperação, mas também quando ela pode servir para fazer uma passagem justa e fácil: pois isto não é pouca felicidade já que César Augusto desejava para si mesmo, a própria eutanásia; [...] Mas os médicos, em contra senso, fazem uma espécie de escrúpulo e "religião" para permanecer com o paciente depois que ele está condenado pela doença;

ao passo que, em minha opinião, eles deveriam adquirir habilidades e dar-lhes assistência para facilitar e aliviar as dores e os sofrimentos da morte<sup>26</sup>.

Quase um século antes, o filósofo Thomas Morus (1478-1535), canonizado santo em 1935, escrevia o seu livro *Utopia* (1516). Nesse tratado, embora sem utilizar diretamente o termo eutanásia, considera essa prática como uma opção sábia para pacientes de sua cidade Utopus que porventura se encontrassem em situação terminal. Discorre textualmente Morus (2010, p. 114-115):

Mas quando a um mal sem esperança se acrescentam torturas perpétuas, os sacerdotes e os magistrados vêm ver o paciente e lhe expõe [...] que não é sensato alimentar por mais tempo o mal que o devora, que ele não deve recuar diante da morte, já que a existência lhe é um suplício, que uma firme esperança o autoriza a evadir-se de uma vida que se tornou um flagelo ou a permitir que os outros o livrem dela; que é agir sabiamente por fim, pela morte, ao que deixou de ser um bem para ser um mal.

Ainda referente à história, no contexto da filosofia clássica, o tema eutanásia foi abordado por Platão, no livro III (406b), de sua obra *A República* (PLATÃO, 2009, p. 116), que trata da organização de uma sociedade também utópica. Primeiramente, Platão interpreta que não fazia parte dos ensinamentos de Esculápio conduzir enfermidades pela mão e que a ninguém é dado o direito de vagar doente pela vida, a tratar-se continuamente. Critica especificamente um concidadão chamado Heródico que, tendo uma doença mortal, dedicou-se a prolongar sua vida moribunda por meio de medicamentos e exercícios. Tal providência tanto atormentou o próprio Heródico quanto outras pessoas que com ele viviam. Platão conclui

<sup>26</sup> *Nay further, I esteem it the office of a physician not only to restore health, but to mitigate pain and dolors; and not only when such mitigation may conduce to recovery, but when it may serve to make a fair and easy passage: for it is no small felicity which Augustu Caesar was wont to wish to himself, that same Euthanasia; [...] But the physicians contrariwise do make a kind of scruple and religion to stay with the patient after the disease is deplored; whereas, in my judgment, they ought both to enquire the skill and to give the attendances for the facilitating and assuaging of the pains and agonies of death.*

sua explanação dizendo que, para não prejudicar a República, ninguém deve passar a vida como um enfermo.

Essa exposição de Platão, descrita como um ensinamento de Sócrates, precisa ser interpretada em seu contexto, ou seja, entendendo que o autor, naquele momento, planejava a organização de uma República e não os aspectos individuais de seus cidadãos. Nesse mesmo contexto, ocorreram as colocações de Thomas Morus, anteriormente mencionadas, que tinham como objetivo principal a organização de uma sociedade ideal e não a discussão de aspectos morais da eutanásia.

### 6.1.2 Conceito e classificação de eutanásia

Eutanásia é a ação ou omissão do médico ou de outra pessoa para provocar a morte de paciente terminal ou altamente dependente, com a finalidade de eliminar-lhe o sofrimento. Assim, partindo dessa definição, considera-se que são três os elementos básicos que caracterizam a eutanásia:

- a) o agente tem a intenção de tirar a vida do enfermo;
- b) a morte ocorre através de uma ação ou omissão de meio de sobrevivência;
- c) o motivo da ação ou omissão é a eliminação do sofrimento do enfermo que pode ser a pedido deste ou não.

A definição de eutanásia proposta pela instituição católica Sagrada Família (SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ, 1980) reforça a existência dos três elementos fundamentais: intenção, ação ou omissão, eliminação do sofrimento. Eis o teor da definição: "Por eutanásia entendemos como uma ação ou omissão que, por sua natureza ou nas intenções, provoca

a morte a fim de eliminar toda a dor. A eutanásia situa-se, portanto, ao nível das intenções e ao nível dos métodos empregados." Essa definição utiliza o termo dor em vez de sofrimento. Na realidade, este se confunde parcialmente com aquela, mas pode existir sem ela, já que toda dor causa sofrimento, mas nem todo o sofrimento tem origem na dor. O sofrimento pode também ser puro, psíquico ou ser resultado da falta de perspectivas, de esperança (TOMÁS GARRIDO, 2001, p. 448-449).

Os três elementos fundamentais da eutanásia favorecem o estabelecimento da diferenciação de conceito entre eutanásia, sedação paliativa e ortotanásia. Na sedação paliativa, não está presente a intenção de provocar a morte do paciente, já que o objetivo é eliminar a dor. Na ortotanásia também não está presente a intenção de tirar a vida (matar) por parte do agente, e sim de deixar o paciente morrer no momento certo. Assim, para a diferenciação de conceitos, é fundamental estabelecer os limites entre matar e deixar morrer.

Matar representa uma família de idéias cuja condição central é causar diretamente a morte de alguém, enquanto deixar morrer representa outra família de idéias cuja condição central é evitar intencionalmente uma intervenção causal a fim de que uma enfermidade ou ferimento cause a morte natural. (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002, p. 245).

Portanto, o elemento essencial que faz a diferença entre matar, da eutanásia, e deixar morrer da ortotanásia e sedação paliativa é a intenção do agente.

Quanto às formas, existem três tipos de eutanásia:

- a) eutanásia ativa direta: a conduta do agente está dirigida a produzir a morte do indivíduo;
- b) eutanásia ativa indireta: a conduta do agente pode causar a morte de maneira não desejada através dos meios terapêuticos empregados;

- c) eutanásia passiva, em que a morte ocorre pela não adoção de medidas ou por interrupção do tratamento instituído, abreviando a vida. Embora alguns considerem eutanásia passiva equivalente à ortotanásia, não é em sua essência, conforme será tratado adiante.

Nesse aspecto, a sedação paliativa, como um procedimento cientificamente aceito, também não se enquadra em eutanásia ativa indireta. O encurtamento da vida não é um resultado obrigatório da sedação paliativa, nem há intenção do agente de causar o evento letal.

No entanto, essa forma pode não ser a ideal, segundo autores que adotam outra forma de classificação de eutanásia (RADBRUCH *et al.*, 2016):

Na literatura, bem como no debate público, por vezes é feita uma distinção entre a chamada eutanásia "ativa" e "passiva". É nossa opinião que esta distinção não é apropriada. Na nossa interpretação, e de acordo com o entendimento holandês a eutanásia é, por definição, ativa e, assim, a eutanásia "passiva" é uma contradição (um paradoxo).

Outro aspecto da classificação de eutanásia considera somente a vontade do paciente, se há ou não seu pedido para a realização:

- a) eutanásia voluntária: quando realizada a pedido direto ou presumido do paciente;
- b) eutanásia involuntária: quando realizada sem o pedido ou presunção de vontade do paciente.

Contudo, essa classificação de eutanásia também sofre críticas:

A morte medicalizada de uma pessoa sem o seu consentimento, quer seja não-voluntária (quando a pessoa é incapaz de consentir) ou involuntária (contra a vontade da pessoa), não é eutanásia: é homicídio. Assim, a eutanásia só pode ser voluntária. Por conseguinte, a expressão "eutanásia voluntária", frequentemente usada, deve ser abandonada, uma vez que, por implicação lógica e incorretamente, sugere que há formas de eutanásia que não são voluntárias. (RADBRUCH *et al.*, 2016).

A classificação que considera a eutanásia como uma ação ativa, voluntária e consentida parece ser a que mais se aproxima da ideal e seria desejável que houvesse uma uniformização da conceituação.

Pedidos de eutanásia diminuem com a melhora da formação profissional em oferecer tratamento integral ao paciente por meio dos cuidados paliativos. A assistência multiprofissional – médica, psicológica, espiritual, religiosa, familiar – também contribui positivamente para a diminuição dos pedidos de eutanásia.

### 6.1.3 Aspectos éticos e legais da eutanásia

Por seu valor histórico e sua importância no contexto atual, serão mencionados três aspectos éticos e legais sobre eutanásia. Referente aos aspectos éticos, o histórico Juramento de Hipócrates, embora sem utilizar o termo eutanásia, proibia o médico de realizá-la desde o século V a.C. A proibição está assim formulada: “Não administrar a alguém um fármaco mortal ainda que ele me peça tal ação e nem tomar a iniciativa de uma sugestão deste tipo.”<sup>27</sup> Um segundo aspecto refere-se à inclusão da proibição de eutanásia nos códigos profissionais. O Código de Ética Médica atual (2018), no *caput* de seu artigo 41, manteve essa vedação ao médico pelos seguintes termos: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.” Nesse mesmo sentido, o Código de Ética de Enfermagem, de 2007, em seu artigo 29, vedava ao enfermeiro: “Promover a eutanásia ou participar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.” Contudo, no recente Código de 2017, houve a exclusão do termo “eutanásia” e adotou-se a seguinte redação no parágrafo único do artigo 48: “Nos casos

<sup>27</sup> Essa proibição foi mudada na Declaração de Genebra (1994), que é a versão moderna do Juramento de Hipócrates bastante usada em formaturas de Medicina, para os seguintes termos: “Terei respeito absoluto pela vida humana e jamais farei uso dos meus conhecimentos médicos contra as leis da Humanidade.”



de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal." Portanto, a prática da eutanásia está expressamente vedada aos médicos e os respectivos códigos destacam a importância dos cuidados paliativos.

Do ponto de vista legal, o terceiro aspecto a ser analisado, observa-se que o Código Penal não menciona a eutanásia, mas a inclui indiretamente no artigo 121, que diz: "Matar alguém. Pena – reclusão, de seis a vinte anos. §1º Se o agente comete o crime impellido por motivo de relevante valor social ou moral [...], o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço." Dessa forma, do ponto de vista penal, a eutanásia é um crime, homicídio privilegiado, que pode ser praticado pelo médico ou outra pessoa, embora com atenuantes quanto à pena.

Mesmo assim, as penas previstas para a prática de eutanásia são relativamente severas, considerando-se que existem intenções de beneficência por parte do agente definidas pelo Código Penal como "motivo de relevante valor social ou moral". Exemplificativamente, se um médico, ou outra pessoa, for condenado com a pena mínima de seis anos por crime de homicídio privilegiado, pela prática da eutanásia, este deverá cumprir um sexto da pena privativa de liberdade em regime semiaberto, se réu primário (artigo 33, parágrafo 2º, alínea b, do CP), ou um terço da pena, se reincidente. Somente após esse período, e ostentando boa conduta carcerária, é facultado solicitar ao juiz da vara de execução penal a progressão da pena para regime aberto (artigo 112, Lei de Execuções Penais). Deverá cumprir metade da pena prevista para solicitar Livramento Condicional, se réu primário, ou mais de três quartos da pena, se réu reincidente (artigo 710 CPP). Cabe considerar que o projeto do novo Código de Processo Penal, aprovado pelo Senado em 7 de dezembro de 2010, mas ainda pendente de aprovação pela Câmara dos

Deputados, elimina a possibilidade de prisão especial para quem possui curso superior. Por outro lado, a penalidade poderá ser amenizada.

Contudo, entre os profissionais de saúde, conforme pesquisa realizada no Meio-Oeste de Santa Catarina, a aceitação da eutanásia é elevada, uma vez que 73,2% concordaram com sua legalização no Brasil para pacientes com enfermidade terminal (BRANDALISE, 2018).

## 6.2 DISTANÁSIA

A distanásia caminha em sentido oposto à eutanásia. Enquanto esta abrevia a vida do paciente, aquela prolonga, utilizando os novos recursos da Medicina. Nesta subseção, serão abordados aspectos históricos, conceito, fatores causais e aspectos éticos e legais de distanásia.

### 6.2.1 Notas históricas

Há fortes evidências de que muitas pessoas sofreram distanásia, inclusive governantes famosos, como Tancredo Neves, ex-presidente do Brasil; Harry Truman, ex-presidente dos Estados Unidos; Francisco Franco, ex-presidente da Espanha e Josip Broz Tito, ex-presidente da antiga Iugoslávia (PESSINI, 2010, p. 433). A distanásia praticada em governantes costuma ocorrer por razões de Estado, uma vez que o prolongamento da vida do paciente teoricamente interessa ao bem-estar de sua nação.

### 6.2.2 Conceito

Distanásia é um termo composto pelas palavras gregas *dis* (mal) e *thanatos* (morte). Uma explicação bastante abrangente da sua etimologia,

das suas traduções e do seu atual conceito foi apresentada por Pessini (2007, p. 30):

Trata-se de um neologismo de origem grega em que o prefixo *dys* tem o significado de "ato defeituoso". Portanto, *distanásia*, etimologicamente, significa prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil e inútil, que tem como conseqüência uma morte medicamente lenta e prolongada, acompanhada de sofrimento. Com esta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu fala-se de "obstinação terapêutica" (*L'acharnement thérapeutique*), nos Estados Unidos de "futilidade médica" (*medical futility*), "tratamento fútil" (*futile treatment*) ou simplesmente "futilidade" (*futility*).

Embora o português e o espanhol tenham muitas semelhanças, não ocorre o mesmo com a palavra *distanásia*. Em espanhol, da mesma forma que na língua inglesa, prefere-se "*futilidad*", equivalente ao termo inglês "*futility*" (ICETA, 1997, p. 81).

### 6.2.3 Causas da *distanásia*

Os fatores causais e predisponentes da *distanásia* podem estar relacionados ao médico e à família ou a ambos. Referentes ao médico existem três possibilidades (ABEL, 2001, p. 314):

- a) convicção do médico sobre a necessidade dos procedimentos;
- b) ignorância ou desprezo dos direitos do paciente ou dos representantes legais;
- c) resistência do médico em aceitar a morte do paciente.

A convicção do médico interpretando que deve defender a vida em qualquer circunstância está diretamente relacionada à sua resistência em

aceitar a morte do paciente. Isso pode ser o resultado da formação equivocada ou de aspectos culturais em que a morte não é vista com naturalidade, mas como um inimigo a ser vencido (SÁ, 2005, p. 39). No entanto, sinalizando para uma nova tendência, essa resistência praticamente não subsiste quando o paciente é portador de testamento vital ou diretivas antecipadas, contendo manifestação contrária à distanásia. Em um trabalho realizado no Brasil com cem médicos, numa escala de zero a dez, a maioria (média 8,26, moda 10, desvio padrão 2,39) respeitaria as vontades antecipadas do seu paciente (STOLZ *et al.*, 2011).

Por outro lado, a não aceitação da morte e, em consequência, o estímulo à distanásia, pode partir da própria família do paciente como uma forma de resistência à morte do parente enfermo.

O avanço da ciência aumentou o poder da Medicina sobre a vida humana. A morte já não é mais um desfecho natural da velhice. A morte natural pode ser adiada por meio do uso de tecnologias. No entanto, esse adiamento nem sempre está indicado e, quando fútil, está contraindicado.

A decisão tanto de utilização quanto da retirada dos cuidados de suporte no fim de vida do paciente é um processo complicado. As controvérsias são de ordem médica, ética e jurídica. Como menos de 5% dos pacientes conseguem se comunicar em fim de vida, a inexistência de um documento (diretiva antecipada ou testamento vital) que esclareça de maneira fidedigna sua vontade complica a decisão médica, propiciando a prática de distanásia, geralmente a pedido da família, mesmo com parecer médico contrário (D'AMICO *et al.*, 2009).

Alguns dados anteriormente apresentados sinalizam para certa tendência em favor da distanásia tanto por parte de médicos quanto de familiares dos pacientes. Até o presente são poucos os trabalhos da literatura sobre distanásia em comparação à grande quantidade publicada sobre eutanásia. A eutanásia, por estar proibida por lei na maioria dos

países e pela Ética Médica desde o Juramento de Hipócrates, goza de pior conceito. Esse aspecto, em parte, explica a atual tendência de afastamento da eutanásia e, eventualmente, inclinação para a distanásia. Considerando-se esse contexto, é possível inferir que o combate à distanásia deve iniciar pela educação médica, desde a graduação, e completar-se com o oferecimento de maiores informações à população para melhorar a qualidade da decisão dos familiares e dos médicos enquanto o testamento vital não é introduzido no Brasil para dar ao paciente a oportunidade de manifestar sua própria decisão.

### 6.2.4 Aspectos éticos e legais

Os avanços da ciência e suas consequências sobre as condutas médicas em pacientes em situação terminal fizeram nascer e evoluir a própria Bioética. Abel (2001, p. 316) descreve as principais tendências das correntes bioéticas em relação à distanásia, as quais podem ser resumidas da seguinte forma:

- a) nem todos os tratamentos que prolongam a vida são humanamente vantajosos;
- b) ninguém está obrigado a se submeter a tratamentos desproporcionais;
- c) o paciente capaz ou seu representante, quando incapaz, pode recusar tratamentos desproporcionais;
- d) o estado vegetativo persistente é objeto de intensos debates.

Assim, ao mesmo tempo que a Bioética valoriza a autonomia do paciente, admite como sendo seu direito recusar meios desproporcionais de tratamento. Referente à terminologia, a expressão "meios extraordinários",

que era utilizada como sinônimo de “meios desproporcionais”, deve ser evitada, já que muitos meios considerados extraordinários em uma época podem se tornar ordinários em outra (SGRECCIA, 2002, p. 620). Dessa forma, preferem-se os termos “meios proporcionais” e “meios desproporcionais”.

Referente ao aspecto jurídico, há um vazio legal no país quanto à distanásia, conforme chama a atenção Pessini (2008, p. 183), um dos maiores estudiosos do assunto:

Hoje, no Brasil, a legislação pune a prática da eutanásia, mas não diz absolutamente nada em relação à distanásia. Prolongar o processo do morrer de um paciente em fase terminal rouba a dignidade da pessoa, tanto quanto o processo de abreviar a vida intencionalmente a seu pedido, em nossa visão ética. Este é, realmente, um problema muito sério em nossas instituições de saúde, principalmente naquelas de alta tecnologia, bem como nos hospitais escola.

Além da constatação de um vazio legal, percebe-se claramente no texto que há um alerta para a evidência da prática de distanásia em determinadas instituições que tanto pode ocorrer em decorrência de pedido dos familiares, que desejam tudo fazer para salvar a vida do enfermo, quanto por razões financeiras, para propiciar maior lucro ao hospital que dispõe de avançada tecnologia.

A distanásia é temida pelo sofrimento intenso que o excesso de procedimentos pode acarretar ao enfermo. Refletindo essa possibilidade e preenchendo parcialmente a falta de normatização sobre o assunto, o recente Código de Ética Médica brasileiro (2009) inseriu claramente o desestímulo à distanásia no inciso XXII dos seus Princípios Fundamentais por meio dos seguintes termos: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.” Dessa forma, a Ética Médica já

deu uma resposta que faltava sobre o assunto, orientando claramente os médicos para o combate à distanásia.

Na realidade, o Código de Ética Médica somente incorporou em seu texto, com nova redação, o teor da Resolução CFM n. 1.805/1996 que, na época de sua aprovação, estava suspensa devido a uma medida judicial que deixou de existir em 2010.

Alguns estados também inseriram a proibição da distanásia na legislação civil, mas ainda falta uma lei federal para regular o assunto. No entanto, embora não haja menção na Legislação Federal, a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, prevê no inciso XI de seu artigo 4º que o paciente pode optar pela recusa do tratamento proposto, sinalizando uma tendência contrária à distanásia que deve se consolidar em um futuro próximo. Essa orientação foi fortalecida pela recente inclusão na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (2011) do Conselho Nacional de Saúde.

Na Legislação Estadual, há, pelo menos, dois exemplos de leis inibidoras da distanásia. Em São Paulo, foi aprovada a Lei n. 10.245/1999, que dispõe a respeito dos direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde. Em seu segundo artigo, nos incisos XXIII e XXIV, os pacientes têm direito de "[...] recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida bem como optar pelo local de morte."

A Lei n. 13.324/2005 do Estado de Santa Catarina, em seu artigo 32, prevê que o "[...] paciente tem direito a uma morte digna e serena podendo optar ele próprio (desde que lúcido), ou a família ou o responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida."

Portanto, nessas duas leis estaduais, no Código de Ética Médica brasileiro e na legislação do Ministério da Saúde, emerge um forte estímulo

ao respeito à autonomia do paciente no que se refere ao seu final de vida, bem como um claro reconhecimento desse direito, propiciando meios efetivos para que se evite a distanásia.

## 6.3 ORTOTANÁSIA

A possibilidade de o médico influenciar sobre o momento de morrer do paciente propiciou o aparecimento do termo ortotanásia, que consiste em deixar que a morte aconteça no momento certo, sem abreviação ou prolongamento.

### 6.3.1 Etimologia e conceito

Quanto à etimologia ortotanásia, trata-se de uma palavra composta pelos termos gregos *orthos* (reto, direito) e *thanatos* (morte), significando a morte no momento certo. Segundo o dicionário Houaiss (2009), o significado de ortotanásia é "morte natural, normal." O termo ortotanásia foi utilizado pela primeira vez por Boskan, catedrático da Universidade de Lieja, na Bélgica (BEHAR, 2007, p. 10).

Ortotanásia, portanto, significa respeitar o momento certo e natural da morte de cada pessoa, nem abreviando a vida, nem a prolongando desnecessariamente. O sentido de ortotanásia quase se confunde com a distanásia (BEHAR, 2007, p. 10).

Embora o conceito de ortotanásia seja teoricamente claro, seus limites não são nítidos em todas as situações. Algumas medidas de omissão de tratamento tendem a se confundir com eutanásia passiva. No entanto, Cabette (2009, p. 24-26) discorda firmemente dessa identidade conceitual pelas seguintes razões: do ponto de vista etimológico, ortotanásia é a morte



em seu tempo; a suspensão de meios desproporcionais é ortotanásia, ou a morte em seu tempo, e não eutanásia passiva; a intenção da ortotanásia não é o desfecho letal, mas a morte em seu tempo, evitando o encarniçamento terapêutico.

### 6.3.2 Aspectos éticos e legais

Embora o Código de Ética Médica brasileiro não utilize o termo ortotanásia em seu texto, tanto busca combater a eutanásia no *caput* do artigo 41<sup>28</sup> quanto a distanásia no inciso XXII dos Princípios Fundamentais e Parágrafo único do artigo 41<sup>29</sup>.

A Portaria n. 1820/2009 do Ministério da Saúde (2009), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seus incisos X<sup>30</sup> e XI<sup>31</sup> do artigo 4º, incorporada à Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (2011) do Conselho Nacional de Saúde, oportunizou nitidamente a possibilidade de adoção de ortotanásia aos usuários do Sistema Único de Saúde ao conceder-lhes o direito de recusar a realização de determinado procedimento proposto pelo médico.

Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei n. 6.715 de 2009, que dispõe sobre os cuidados devidos a pacientes em fase final de enfermidade. Segundo o artigo 4º, “[...] é permitida a suspensão de procedimentos e tratamentos desproporcionais ou extraordinários, pelo médico assistente, após deliberação da junta médica especializada.” Para essa finalidade,

<sup>28</sup> É vedado ao médico – Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

<sup>29</sup> Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

<sup>30</sup> X – Escolha do local de morte.

<sup>31</sup> XI – O direito à escolha de local de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa do tratamento proposto.

o Código Penal também será modificado com a inclusão do artigo 136-A. Nas justificativas do relator da Comissão de Seguridade Social e Família, consta que a ortotanásia, como uma morte correta e em seu devido tempo, contrapõe-se à distanásia, prolongamento cruel e irracional da vida.

Dessa forma, a ortotanásia tanto evolui no âmbito da ética médica quanto política. A melhor interpretação desses conceitos vai proporcionar um tratamento mais digno ao paciente que está em situação terminal.

No entanto, um trabalho, publicado por Moraes *et al.* (2011), na revista *Bioethikos*, traz algumas dúvidas sobre aquilo que está acontecendo na prática hospitalar. A pesquisa qualitativa com 12 médicos detectou que nem todos desconectam o respirador quando o paciente, não doador de órgãos, encontra-se em morte encefálica. Os motivos apontados para a manutenção do suporte respiratório foram: respeito aos valores pessoais, culturais e sociais; receio de conflitos com familiares; receio de problemas legais; despreparo da sociedade para aceitar o procedimento; crença da família na reversão do quadro do paciente. Esse exemplo de prolongamento da "vida" de um morto sinaliza para o longo caminho a ser percorrido no terreno da ortotanásia.

## 6.4 MISTANÁSIA

A palavra mistanásia provém do grego *mis* (infeliz) e *thanatos* (morte). Mistanásia é "a morte miserável, antes de seu tempo." É um termo que tem o objetivo de substituir a denominada eutanásia social.

Mendonça e Silva (2014), após estudarem os principais conceitos, explicam que a palavra mistanásia "dá significado à morte de milhares de pessoas sem nenhuma assistência, deixadas à própria sorte, em lixões, embaixo de viadutos, pontes, ruas e, principalmente, nos hospitais com

corredores lotados, com pacientes moribundos e abandonados pelo Estado e por todos."

Há uma forma ativa, em que o indivíduo é submetido às experiências, como cobaia, e uma forma passiva, em que ocorre sua "nadificação" por não conseguir acesso aos tratamentos e recursos em geral. Abandono, descaso, desamparo e maldade humana são termos que utilizam para caracterizar o significado de mistanásia que ocorre pelo "descaso do sistema e da estrutura e de razões subjacentes." A mistanásia omissiva nega ao indivíduo o direito à cidadania e à dignidade humana (MENDONÇA; SILVA, 2014). A mistanásia, embora por falta de recursos para todos os doentes, ocorreu durante a recente pandemia causada pela Covid-19.

Um resumo das causas da mistanásia foi feito por Martin (1998, p. 174), que elencou os seguintes fatos: pacientes que não conseguem atendimento médico; vítimas de erro médico: imperícia, imprudência ou negligência; vítima da má prática política, econômica ou científica. Pessini e Ricci (2016, p. 113) consideram que o próprio termo mistanásia provoca reflexão e motiva as pessoas a tentar contribuir para a diminuição do sofrimento evitável em que o fim da vida tende a aproximar-se de seu início. Com a diminuição dos investimentos em saúde, trata-se de uma situação cada vez mais presente em nosso país, cuja solução, por envolver múltiplos fatores, é complexa, exigindo vontade política e participação social na luta pela diminuição da desigualdade.

## 6.5 SUICÍDIO ASSISTIDO

Tanto na eutanásia quanto no suicídio assistido, o paciente conta com a ajuda de outrem para sua realização. Porém, enquanto na eutanásia a ação ou omissão é praticada por um terceiro, no suicídio assistido, o próprio

enfermo aplica os meios necessários, obtidos com a ajuda de outrem, para provocar sua morte.

Um personagem que ficou mundialmente conhecido por favorecer o suicídio assistido foi o médico patologista norte-americano Jack Kevorkian que, através de uma máquina especialmente inventada, auxiliou dezenas de pacientes a conseguirem o intento.

Um caso, também dos Estados Unidos, que provocou muita reflexão sobre suicídio assistido, foi protagonizado pelo engenheiro Larry McAfee, portador de tetraplegia, que desejava obstinadamente morrer. Um tribunal concedeu-lhe o direito de utilizar um mecanismo especial que permitisse desconectar pessoalmente o aparelho para provocar sua morte. Para tanto, tendo em vista o desconforto que ocorre pela falta de oxigenação, um médico foi autorizado a administrar-lhe um sedativo prévio, favorecendo o alcance do objetivo final (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002, p. 266).

Quanto à Legislação, o artigo 122 do Código Penal estabelece pena para a participação de qualquer pessoa em suicídio: "Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou prestar-lhe auxílio para que o faça. Pena – reclusão de dois a seis anos, se o suicídio se consuma, ou reclusão de um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave."

Nesse caso, ainda caberia aplicação de circunstância atenuante prevista no artigo 65, inciso III, alínea a, do Código Penal (BRASIL, 1940), que diz: "São circunstâncias que sempre atenuam a pena: [...] III - ter o agente: a) cometido o crime por motivo de relevante valor social ou moral." O valor moral consiste em participar de um ato que traz benefício à vítima, embora se trate de um crime.

Entretanto, uma pesquisa com profissionais de saúde, realizada no Meio-Oeste de Santa Catarina, encontrou que a aceitação do suicídio assistido é bastante elevada, já que 68,1% concordaram com sua legalização

no Brasil para pacientes com enfermidade terminal (BRANDALISE, 2018). Essa ampla aceitação sinaliza para o descompasso entre a legislação e a opinião dos profissionais que lidam diretamente com os pacientes. Embora seja um tema que gera polarização, a exemplo de outros países, há de se dar maior espaço para discutir esses temas no Brasil.

## 6.6 CUIDADOS PALIATIVOS, SEDAÇÃO PALIATIVA E SEDOANALGESIA

Quando a principal finalidade do tratamento já não é a cura, mas o alívio dos sintomas e o bem-estar do paciente, os cuidados paliativos tornam-se o foco do atendimento. Uma definição abrangente de cuidados paliativos foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (2002, p. 84):

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Por essa definição, podem ser inferidos os principais objetivos dos cuidados paliativos de tratar o paciente em todas as suas dimensões, com especial atenção para a dor e o sofrimento, e incluir sua família no tratamento. Nesse sentido, também foram estabelecidos os princípios dos cuidados paliativos, resumidos por Pessini e Bertachini (2009, p. 7):

a) cuidar integralmente a pessoa, levando em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais; b) trabalhar com a família do doente, que é o núcleo fundamental de apoio; c) promover a autonomia e dignidade do doente [...]; d) promover o conceito ativo de terapia. Não se pode aceitar como válida a atitude que diz “não há mais nada a fazer. [...] e) propiciar em torno do doente uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação.

Os cuidados paliativos são indicados quando a resposta ao tratamento específico da doença é improvável, os sintomas são intensos e o prognóstico do tempo de vida é inferior a seis meses.

No contexto dos cuidados paliativos, insere-se a sedação paliativa, que é a administração deliberada de drogas que causam diminuição profunda e provavelmente irreversível da consciência, com o objetivo de combater sintomas intensos e refratários ao tratamento normal de paciente terminal que tenha dado o seu consentimento explícito, implícito ou delegado.

Sintomas refratários são aqueles que não respondem a um tratamento convencional para a dor, havendo necessidade do uso de drogas que comprometem o estado de consciência do paciente. Nesse contexto, a sedação paliativa é uma forma eficiente de terapêutica, cuja indicação em fim de vida está consistentemente justificada pelas seguintes razões:

- a) um em cada quatro ou cinco pacientes necessita dela por apresentar dor e sofrimento intenso no momento de morrer;
- b) manifestação de sintomas intensos e refratários a tratamentos comuns, como delírio, falta de ar, dor e *stress* emocional.

A sedação paliativa pode eventualmente abreviar a vida, mas não pode ser confundida com eutanásia. Sedação paliativa e eutanásia possuem conceitos distintos em três aspectos: quanto à intenção do agente, às dosagens de medicamentos e ao resultado esperado. Quanto à intenção, a sedação paliativa visa ao alívio de sintomas e a eutanásia tem como objetivo a morte do paciente. Quanto às dosagens de medicamentos, a sedação paliativa utiliza doses suficientes para acalmar os sintomas, enquanto na eutanásia é administrada uma dose letal. Quanto ao resultado,

a sedação paliativa busca o alívio dos sintomas e a eutanásia visa à morte do paciente.

Um recurso útil para o controle da dor e sofrimento do paciente em fim de vida é a sedoanalgesia. A preocupação com a sedoanalgesia é recente na história da humanidade, estando relacionada aos avanços da Medicina que podem prolongar a vida, mas também a dor e o sofrimento humano.

Sedoanalgesia é o resultado da união do termo sedação, que significa acalmar ou aliviar, e analgesia, que exprime falta da sensibilidade. Sedoanalgesia tanto tem o objetivo de aliviar a dor quanto de acalmar o paciente, diminuindo sua consciência.

O fentanil e midazolam são as drogas mais utilizadas em sedoanalgesia. No entanto, outros medicamentos podem ser utilizados. Moritz *et al.* (2008) apontam para o uso de clonidina como droga coadjuvante com poucos efeitos colaterais e taxa de mortalidade reduzida em sedoanalgesia.

No passado, por falta dos recursos disponíveis, não havia ou não era possível oferecer adequadamente esse bem-estar ao paciente. Durante o fim da vida do Rei Carlos II (1630-1685), da Inglaterra, descrita detalhadamente por Richard Gordon (1999, p. 61), observa-se que a preocupação dos médicos era principalmente com a eliminação das impurezas do organismo do paciente. Para o atendimento ao Rei, quinze médicos foram convocados. Doses de eméticos e purgativos eram administradas com frequência. O complemento vinha através de enemas aromáticos, aplicados com uma seringa de latão com bico de 9 centímetros, e de substâncias irritantes em seu nariz para provocar espirros e manter sua mente lúcida. Devido à piora do estado geral, foi adicionado pó de crânio humano em seu calmante. Foram também administrados tônicos cardíacos e o mais forte antídoto existente (de Raleigh). Como último recurso foi utilizado pedra de Goa e de Bezoar, essa do estômago de uma cabra da Índia. Para a febre intermitente

foi tentada a administração de quinino que havia sido recentemente descoberto para o tratamento de malária. Acrescente-se que, no momento da urgência, seu médico particular portava uma lanceta e não hesitou em fazer uma sangria. Também foram utilizadas ventosas e escarificação para retirar oito onças<sup>32</sup> de sangue.

Por tudo isso, não se pode deixar de envidar esforços para que os pacientes, se necessário, tenham a oportunidade de receber os recém-desenvolvidos cuidados de sedoanalgesia, com a finalidade de combater adequadamente a dor e o sofrimento no final de sua vida.

Nesse contexto, estarão os futuros médicos preparados para essa missão? Um estudo realizado em São Paulo com alunos do quinto e sexto ano de Medicina concluiu negativamente. Segundo esse estudo, a deficiência de formação ocorre em: manejo da dor, cuidados na situação terminal, comunicação de más notícias e prescrição de opioides. Como solução, a autora propõe que haja uma disciplina específica de cuidados paliativos na graduação médica (PINHEIRO, 2010). No entanto, uma pesquisa realizada no interior do estado de Santa Catarina constatou que o Midazolam foi usado em 100% dos pacientes em fim de vida e o Fentanil em 94,6% (FABRIS *et al.*, 2014). Os autores concluíram que a sedação e a analgesia foram adequadas, mas enfatizaram para a necessidade de mais incentivo ao ensino sobre cuidados paliativos e de Bioética na graduação e pós-graduação dos profissionais da saúde. Essa recomendação corrobora com a conclusão de outro trabalho realizado na mesma região. Nessa pesquisa, concluiu-se que, mesmo estando no final do curso de Medicina, parte dos acadêmicos desconhecia as indicações dos cuidados paliativos e não se sentia preparada para lidar com a morte do paciente e o luto dos familiares (FRIZZO *et al.*, 2013). Corrobora com essa pesquisa um estudo feito com 95 anestesiológicos do estado da Paraíba, no qual 83,2%

<sup>32</sup> Cada onça inglesa equivale a 28,349 g.



afirmaram não terem recebido preparação para lidar com paciente que requer cuidados paliativos (SANTOS *et al.*, 2014).

## 6.7 TESTAMENTO VITAL E DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE

A boa morte não ocorre naturalmente. Recentemente, a Medicina aumentou de forma considerável seu poder terapêutico e tanto pode ajudar quanto complicar o momento de morrer. Nesse contexto, a autonomia humana desenvolveu-se de modo extraordinário nos últimos anos, cabendo ao próprio indivíduo, naquilo que lhe é possível e permitido, planejar aspectos importantes de sua morte.

A forma de planejamento utilizada em muitos países materializa-se por meio da elaboração de um documento denominado Testamento vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade, no qual são registrados os desejos do paciente, com a finalidade de serem conhecidos e respeitados pela equipe médica no momento em que ele se tornar incompetente para expressá-los (ENGELHARDT, T., 2004, p. 420).

O Testamento vital surgiu primeiramente no contexto da luta em favor da eutanásia. Em Chicago, no ano de 1969, o advogado Luis Kutner apresentou uma proposta de modelo de documento a ser preenchido pelos que desejassem. A seguir, o Testamento vital passou a ser também um objetivo de outras pessoas, não vinculadas à eutanásia, que lutavam pela autonomia do paciente em seu sentido mais amplo.

Há uma diferença de conceito entre Testamento vital (*living wills*) e Diretivas Antecipadas (*advance directives*). O Testamento Vital, embora sua abrangência possa ser mais ampla, refere-se ao registro das vontades do paciente para ser cumprido quando se encontrar incapaz de manifestá-las,

sobretudo em final de vida. As Diretivas Antecipadas possuem um sentido mais amplo; segundo o esclarecimento do *National Hospice and Palliative Care Organization*<sup>33</sup> dos Estados Unidos, são um guarda-chuva que abrange a designação de um representante para tomar as decisões em seu lugar quando incapaz de se comunicar, o próprio Testamento vital, a Ordem de Não Reanimar e as Ordens Médicas sobre medidas de suporte à vida (POLST).

A materialização das vontades antecipadas pode ocorrer de quatro formas: escritura pública em cartório; declaração em documento particular; registro em prontuário pelo seu médico assistente; declaração feita a amigos e familiares. Essa maior abrangência de conceituação favorece a preferência pela designação de vontades antecipadas (RIBEIRO, 2010, p. 218).

O Testamento vital começou a transformar-se em lei pelos estados americanos ainda na década de 1980. Em 1990, foi legalizado oficialmente pelo Congresso dos Estados Unidos por meio do *Patient Self Determination Act* (PSDA), tornando-se uma lei federal em 1991 (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, 1990).

Algum tempo depois, o assunto começou a ser debatido na Europa. Na Espanha, o Testamento vital foi introduzido na legislação oficial por meio da Lei Federal n. 41/2002 com a denominação "Instrucciones previas". Nessa lei, está previsto que os pacientes podem elaborá-lo e armazená-lo nos arquivos do Sistema Público de Saúde (Registro nacional de vontades prévias), se assim o desejarem. Recentemente, Portugal aprovou a Lei n. 25/2012, optando pela denominação Diretivas Antecipadas de Vontade (assim como vem ocorrendo no Brasil), na qual também está prevista a criação de um Registro Nacional de Testamento Vital (Rentev). No final de 2017, a Itália também aprovou a lei que rege as disposições antecipadas de tratamento.

<sup>33</sup> Disponível em: <https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/what-is-an-advance-directive/>.

A Associação Médica Mundial, em 2003, aprovou uma declaração que orienta o médico a respeitar as vontades antecipadas do paciente<sup>34</sup>. Na América, pelo menos Canadá (artigo 28)<sup>35</sup>, Estados Unidos (Chapter 5)<sup>36</sup>, Puerto Rico (Canon 5)<sup>37</sup>, Argentina (artigo 133)<sup>38</sup>, Peru (artigo 111)<sup>39</sup> e Chile (p. 126, 135, 137, 185)<sup>40</sup> inseriram o Testamento vital em seus Códigos de Ética Médica. Na Europa, entre outros, cinco países (Espanha, Grã-Bretanha, Irlanda, Itália e Portugal) também o fizeram (BONAMIGO *et al.*, 2013, p. 83). Na Itália, o Código de Ética Médica (2006) respeita expressamente a vontade antecipada do paciente em seu artigo 38<sup>41</sup> e mantém essa orientação no atual código de 2014. Tal orientação também foi adotada pelo Código de Ética Médica espanhol (1999), no teor do seu artigo 27.2<sup>42</sup>, também mantida no atual código de 2011.

Embora deva respeitar, não serão cumpridas pelo médico as vontades contrárias ao ordenamento jurídico, à *Lex artis* ou que não correspondam ao suposto nas instruções do paciente. Quando não houver um responsável designado pelo paciente, o Comitê de Bioética da instituição pode desempenhar esse papel.

<sup>34</sup> B.5 Se debe respetar la voluntad anticipada debidamente registrada, a menos que exista una base razonable para suponer que no es válida porque ya no representa los deseos del paciente o porque la comprensión del paciente no era cabal al momento de preparar la directiva. [...].

<sup>35</sup> Disponível em: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Education/CMA-Code-of-Ethics.pdf>.

<sup>36</sup> Disponível em: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/advance-directives>.

<sup>37</sup> Disponível em: [https://www.colegiomedicopr.org/docs/CODIGO%20ETICA%20TEMPR%202005%20\(FORMATO%20PDF\).pdf](https://www.colegiomedicopr.org/docs/CODIGO%20ETICA%20TEMPR%202005%20(FORMATO%20PDF).pdf).

<sup>38</sup> Disponível em: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/12796.html>.

<sup>39</sup> Disponível em: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2023/02/Actualizacion-Codigo-de-etica-ultima-revision-por-el-comite-de-doctrina01feb.pdf>.

<sup>40</sup> Disponível em: <http://web.uchile.cl/archivos/derecho/CEDI/Normativa/C%F3digo%20de%20C9tica%20del%20Colegio%20M%E9dico%20de%20Chile.pdf>.

<sup>41</sup> Art 38. [...] Il medico, se il paziente no è in grado de esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

<sup>42</sup> 2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

No que se refere à designação de representante, prevista no conceito de Diretivas Antecipadas de Vontade, observa-se que já está inserida na Declaração dos Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, publicada mediante a Portaria do Ministério da Saúde n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, com a seguinte redação:

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: [...] VII - a indicação de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia; (BRASIL, 2009).

A vontade antecipada é o exercício da autonomia do paciente mediante manifestação prévia que, dentro do possível, deve ser plenamente respeitada no momento em que ele estiver incapacitado de se comunicar. Principalmente quando há divergência na tomada de decisões, a última palavra deve ser do próprio paciente, não devendo o médico decidir exclusiva e unilateralmente (SÁNCHEZ GONZALES, 2010, p. 131).

No Brasil, um estudo (STOLZ *et al.*, 2011) evidenciou a tendência dos médicos brasileiros pesquisados de considerarem as vontades antecipadas de seu paciente como um instrumento útil para a tomada de decisão (nota média 8,37), bem como de respeitá-las (nota média 8,26). Em outro estudo, também desenvolvido no Brasil (PICCINI *et al.*, 2011), da mesma forma do que ocorreu no estudo anterior (STOLZ *et al.*, 2011), a maioria dos médicos, advogados, estudantes de direito e medicina acataria as vontades antecipadas dos pacientes como forma de respeito à sua autonomia. Idêntico resultado foi encontrado em estudo realizado no Pará, em que, após serem esclarecidos do seu significado, 92% dos estudantes de medicina acatariam o Testamento vital de seus pacientes (SILVA *et al.*, 2015).

Na percepção de médicos da Paraíba, a existência do Testamento vital favorece o respeito à autonomia do paciente, mas há necessidade de

um dispositivo legal regulamentando o tema (MOREIRA *et al.*, 2017). Os resultados desses trabalhos pouco diferem de uma pesquisa recentemente realizada na Espanha por Simón-Lorda *et al.* (2008), na qual a nota média encontrada para os médicos que respeitariam as vontades antecipadas de seus pacientes foi de 9,13; portanto, um pouco superior à dos estudos brasileiros. Porém, nesse país, já existe legislação vigente sobre o assunto desde 2002. Posteriormente, um trabalho desenvolvido por Campos *et al.* (2012) encontrou que a aceitação dos pacientes (média de 9,56 pontos) e acompanhantes (média 9,75 pontos) foi ainda maior do que a aceitação dos médicos da região estudada. Um estudo recente com pacientes idosos (VANZELLA *et al.*, 2023) encontrou que 91,88% consideram importante a elaboração de suas Diretivas Antecipadas.

Os recentes Códigos de Ética Médica brasileiro (2009 e 2018) não inserira as diretivas antecipadas em seu texto. No primeiro (CFM, 2009), justifica-se pela falta, à época, de estudos nacionais para fundamentar essa regulamentação na época de sua aprovação. No entanto, após a publicação de novos trabalhos, houve uma ampla revisão do assunto pela Câmara Técnica de Bioética, que desenvolveu um projeto de Resolução amplamente debatido durante o I Encontro de Conselhos de Medicina de 2012 para o aperfeiçoamento do texto. Finalmente, durante o mês de agosto de 2012, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM 1.995/12, que introduziu as Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito da Ética Médica brasileira. Em 2018, não houve sua inserção do Código de Ética médica ora vigente (CFM, 2018).

A Resolução CFM 1.995/12, em seu artigo 1º, definiu Diretivas Antecipadas de Vontade como “o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.” Embora se trate de um

grande e importante avanço, sua efetiva implantação vai depender da formulação de legislação específica que propicie às pessoas tanto as orientações necessárias para a elaboração quanto um registro nacional de diretivas antecipadas para seu arquivamento (DADALTO, 2013).

Na recente reforma do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017), o Conselho Nacional de Enfermagem (Cofen) deu novo impulso nacional ao introduzir as Diretivas Antecipadas de Vontade em seu teor, por meio dos seguintes termos incluídos no artigo 42, Parágrafo Único: "Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades."

Dessa forma, a evolução da autonomia do paciente e a evidente aceitação desse progresso por parte de estudantes médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros segmentos da população permitiram a implantação das vontades antecipadas de vontade no Brasil, embora restrito ao âmbito médico, como forma de respeito máximo aos desejos do paciente incapaz de se comunicar. No entanto, observa-se a tendência de aceitação desse tema já consagrado na Bioética mundial como ocorreu com a recente Resolução CNS n. 466/12, que introduziu os termos Diretivas Antecipadas de Vontade em seu teor (IV.6.c.2).

## 6.8 ATIVIDADE: SEMINÁRIO SOBRE FIM DE VIDA

Uma maneira eficiente de estudar assuntos de fim de vida ocorre por meio da realização de um seminário. A organização inicia com a escolha das equipes que desenvolverão aspectos diferenciados do assunto. Seminário origina-se da palavra latina *sêmens*, que significa sêmen ou semente, ou seja, o seminário visa a semear ideias para a germinação.

O preparo do seminário exige que se façam pesquisas e reuniões prévias sob a orientação do professor. No dia da apresentação, o espaço físico deve ser adequadamente preparado. Após cada apresentação, é interessante que o professor faça seu fechamento mediante uma síntese do assunto. Desse trabalho pode resultar um relatório individual ou em grupo (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 90). Uma opção para motivar a atividade consiste em designar um ou dois secretários ou debatedores entre os presentes, os quais farão uma breve síntese do teor, destacando pontos positivos e negativos da apresentação.

Alguns aspectos diferenciados do tema fim de vida pode ser desenvolvidos pelas equipes do seminário. Alguns exemplos:

- a) matar e deixar morrer;
- b) sedação paliativa e eutanásia;
- c) ortotanásia, distanásia e eutanásia;
- d) eutanásia através da história;
- e) legislação sobre eutanásia;
- f) diretivas antecipadas de vontade e autonomia do paciente.

A avaliação consiste em analisar o conteúdo, a clareza e coerência da apresentação, bem como a qualidade dos *slides* e outros recursos utilizados. Também pode ser avaliado o trabalho escrito, quando exigido.

Referente à qualidade dos *slides*, há recomendações básicas a serem observadas pelas equipes durante a elaboração e apresentação. As orientações a seguir relacionadas são um guia e não uma regra rígida (BRADBURY, 2006, p. 93-94):

- a) cada *slide* deve ter de quatro a cinco itens, no máximo;

- b) cada item deve conter de três a cinco palavras;
- c) caso o *slide* esteja muito longo, deve ser editado, retirando todo o desnecessário e mantendo as palavras-chave, ou dividindo-o em vários *slides*. As explicações dos tópicos dos *slides* serão desenvolvidas pelo apresentador;
- d) todas as fontes de pesquisa devem ser citadas, bem como os nomes dos integrantes das equipes.

Essa atividade amplia os próprios objetivos do seminário: além de conhecer o tema, o aluno tem a oportunidade de desenvolver sua capacidade de comunicação oral e escrita. Ao mesmo tempo que alguns apresentarão certas dificuldades organizacionais, verbais ou escritas, outros poderão revelar habilidades até então desconhecidas.



## 7 GENÉTICA

O recente avanço da Bioética deveu-se em parte aos dilemas e problemas suscitados pelo vigoroso progresso da Genética. Neste capítulo, além dos aspectos históricos e conceituais, serão abordados os principais temas de Genética relacionados à Bioética: células-tronco, clonagem, doenças hereditárias, engenharia genética, eugenia, organismos geneticamente modificados, terapia genética e testes genéticos.

### 7.1 NOTAS HISTÓRICAS

Em 1866, o religioso Gregor Mendel deu uma resposta admirável e acertada a uma pergunta sobre herança genética que, na época, não havia. Por isso, o reconhecimento de seu grandioso trabalho demorou a chegar. Sua formidável contribuição constitui um marco histórico da Genética, praticamente coincidindo com seu nascimento oficial.

Um dos fatores mais importantes para o sucesso das experiências de Mendel deveu-se à escolha de um material bastante adequado para esse tipo de pesquisa, as ervilhas, que lhe permitiram observar resultados elucidativos, sem muito tempo de espera. Algum tempo depois de suas descobertas, já no ano 1900, três botânicos europeus repetiram seu ensaio, confirmando a veracidade científica de suas descobertas.

Paralelamente às pesquisas de Mendel, o desenvolvimento da Genética teve a contribuição de outros importantes cientistas. Um acontecimento importante ocorreu no ano de 1869 quando Friedrich Miescher observou a presença do Ácido desoxirribonucleico (ADN) em secreção animal. Friedrich denominou "nucléina" ao seu achado. A confirmação de sua descoberta somente ocorreu no século XX. Apesar desse avanço, a expressão "Código

Genético", que foi motivo de grandes estudos posteriores, somente foi utilizada pela primeira vez por Schrödinger, em 1944.

Uma descoberta particularmente importante em Genética ocorreu em 1953 quando James Watson e Francis Crick anunciaram a forma helicoidal do gene, bem como as combinações Adenina-Guanina (AG) e Citosina-Timina (CT). A evidência foi comprovada através de raios X. Essa descoberta, que começava a decifrar o Código Genético, foi uma das mais importantes do século XX, sendo seus autores laureados com o Prêmio Nobel.

Algum tempo depois, já em 1968, Wermer Arber identificou as enzimas de restrição, impulsionando o desenvolvimento da engenharia genética e abrindo perspectivas inimagináveis para o campo da Genética. As enzimas de restrição colocaram em prática a tecnologia do ADN Recombinante, possibilitando a seção de parte do ADN para a inserção em outro ser vivo, através de vetores, produzindo um organismo transgênico. Ashanti da Silva, um "bebê bolha" brasileiro, recebeu o tratamento para sua deficiência de enzima ADA, Enzima Adenosin Desaminasa, através de terapia gênica que foi realizada com sucesso nos Estados Unidos, em 1990.

Em 1995, o cientista Craig Venter publicou, pela primeira vez, a descrição de um genoma completo. Tratava-se do código de uma bactéria causadora de meningite portadora de somente 1.743 genes. Venter foi eleito o diretor da Companhia privada *Celera Genomics*<sup>43</sup> para concorrer com o empreendimento governamental norte-americano *Human Genomics Project*, dirigido por James Watson. Ambas as instituições tinham a finalidade de estudar o código genético humano. Em 2003, ambas as instituições anunciaram conjuntamente o primeiro rascunho do genoma humano.

O Projeto Genoma Humano (*Human Genomics Project*) foi aprovado pelo Congresso dos Estados Unidos em 1988, e a entidade responsável pelo

<sup>43</sup> *Celera* é uma palavra oriunda do latim *celeris* (rápido), com a finalidade de competir em rapidez com o Projeto Genoma Humano do Governo.

desenvolvimento do projeto foi denominada *Human Genome Organization* (Hugo). Entre outros objetivos, pretendia-se decifrar a mensagem do genoma humano, sequenciá-lo e identificar as variações alélicas existentes. Além das 16 instituições norte-americanas envolvidas no processo, o Hugo contou com a participação de departamentos de outros países, como Grã-Bretanha, França, Japão, Alemanha e China. Em 1999, foi publicada na revista *Nature* a sequência completa do cromossomo humano 22; no ano seguinte, em 2000, do cromossomo 21. Em 2003, Francis Collins anunciou oficialmente o final do Projeto Genoma Humano (JOUVE, 2008, p. 298).

## 7.2 CONCEITOS

Genética é a parte da Biologia que trata da herança e variação dos seres humanos. O estudo da Genética envolve o uso de terminologia específica. Pela importância de alguns desses termos para o contexto deste capítulo, seus significados serão especialmente abordados.

- a) ácido desoxirribonucleico (ADN): substância da herança genética presente no núcleo da célula que porta as informações do indivíduo através de cadeias formadas por adenosina, guanina, tirosina e citosina;
- b) ácido Ribonucleico (ARN): composto químico das nucleoproteínas que se encontra no núcleo e citoplasma de uma célula;
- c) alelo: variante recessiva e dominante de um mesmo gene homocigoto ou heterocigoto. Determina as características herdadas como ocorre com a cor dos olhos;
- d) cromossomo: estrutura filamentosa constituída por ADN e proteínas que se localiza no núcleo da célula e porta a informação genética;
- e) fenótipo: características e aparências observadas em um indivíduo que resultam de seu genótipo e do ambiente em que vive. Para

- que um indivíduo fale, por exemplo, além das condições genéticas, necessita da participação do ambiente. Isso se aplica ao processo de aprender a andar. O fenótipo independe parcialmente dos genes;
- f) gene: elemento de material hereditário que codifica uma determinada função. Os genes estão nos cromossomas que são estruturas filiformes formadas por ADN em dupla hélice. O conjunto dos cromossomas denomina-se cariótipo;
  - g) genoma: é o conjunto do patrimônio genético de um indivíduo. O ser humano possui 22 pares de genes autossômicos e um par de cromossomas sexuais. Genoma humano é o patrimônio genético dos indivíduos humanos;
  - h) genótipo: é a totalidade dos fatores genéticos que formam a constituição genética do indivíduo. Não se pode dissociar o inato do adquirido. O adquirido não é herdado. Por isso, existem culturas superiores ou inferiores, porém não há povos inferiores ou superiores. Não há diferenças genéticas importantes entre grupos humanos. A própria existência de raças é questionável, uma vez que somente ocorre diferença genética inferior a 0,01%. Dessa forma, não pode ser dito que existem raças superiores e inferiores (LOPEZ CAMPILLO, 2004, p. 88);
  - i) herança: variante da herança genética de cada indivíduo;
  - j) vetor: vírus (retrovírus, adenovírus, herpes-vírus) pouco tóxico utilizado em engenharia genética para a penetração celular, com a finalidade de incorporar o novo gene ao organismo.

## 7.3 DOENÇAS HEREDITÁRIAS

O ser humano possui 46 cromossomas dos quais dois estão relacionados à herança sexual. No interior dos cromossomas estão os genes. Após os estudos do Projeto Genoma Humano, concluiu-se que a espécie humana possui aproximadamente 25.000 genes.

As doenças de origem genética são transmitidas mediante as seguintes formas: herança autossômica monogênica, herança autossômica

poligênica, herança relacionada ao sexo, herança mitocondrial e doenças cromossômicas (JOUVE, 2008, p. 229). O câncer é parcialmente hereditário<sup>44</sup>.

As doenças de caráter monogênico são aquelas que se manifestam por alteração localizada em somente um gene. A herança autossômica poligênica depende da ação de vários genes, bem como do meio ambiente, que é um fator importante na manifestação dessa forma de herança genética. As medidas orgânicas e a cor da pele são exemplos de manifestações poligênicas que recebem influência do meio ambiente. A determinação do sexo do indivíduo ocorre por herança genética. Ambos os sexos possuem 22 pares de genes, além dos cromossomas: XX para a mulher e XY para o homem. As doenças genéticas ligadas ao sexo são transmitidas através desses genes. A hemofilia é uma doença que se transmite na forma de herança recessiva ligada ao cromossoma sexual X. Dessa forma, manifesta-se mais facilmente no homem, uma vez que a simples existência do gene, que não possui alelo (X), desencadeia a doença. A herança mitocondrial ocorre por meio de genes mitocondriais que estão fora dos cromossomas do núcleo da célula. A peculiaridade dessa modalidade hereditária é que sua transmissão advém somente pela linha materna, uma vez que o espermatozoide participa da fecundação apenas com o seu núcleo. No entanto, o risco de manifestação de uma doença hereditária é igual tanto para as mulheres quanto para os homens (JOUVE, 2008, p. 253).

As doenças cromossômicas costumam ser graves, podendo ocorrer por defeito do número (aneuploidia ou poliploidia) ou da estrutura dos genes. Quando há problemas de variação numérica, pode-se tratar de poliploidia, em que há mais de dois jogos cromossômicos completos, ou de aneuploidia, quando ocorre a variação desequilibrada dos pares genéticos. A triploidia, que acontece pela fecundação do óvulo por dois

<sup>44</sup> O câncer pode ser considerado uma doença genética, embora parcialmente hereditária (5% seguem o padrão familiar).

espermatozoides, é um exemplo de poliploidia. Essa condição produz aborto espontâneo.

Um exemplo clássico de aneuploidia é a trissomia do cromossomo 21, denominada Síndrome de Down, que resulta de meiose anormal desse par genético. Com isso, formam-se três genes 21, quando deveria haver apenas um par. Quando ocorre aneuploidia por trissomia dos cromossomos 13 e 18, as graves doenças resultantes são denominadas respectivamente síndrome de Patau e Edwards<sup>45</sup>. As demais trissomias produzem aborto espontâneo.

A aneuploidia pode ocorrer também nos cromossomos sexuais. As síndromes de Turner, cuja variação genética é para menos, por apresentar somente um cromossomo X (45,X), e Klinefelter, cuja variação é para mais, por apresentar um cromossomo X excedente (47,XXY), constituem os principais exemplos de doenças cromossômicas sexuais.

As doenças cromossômicas também podem ocorrer por variações estruturais, como a deleção (perda de uma parte do gene), inversão e translocação genética. No futuro, o tratamento dessas alterações pode ser favorecido pelas técnicas de engenharia genética.

## 7.4 ENGENHARIA GENÉTICA

A engenharia genética permite a realização da terapia gênica, que consiste na inserção de um novo gene ao ADN do organismo para corrigir um defeito genético ou dotar as células de uma nova função. Para tanto, são usadas enzimas de restrição que, como pequenas tesouras, possuem a capacidade de cortar pedaços de ADN permitindo a inserção de novo

<sup>45</sup> Os pacientes com a síndrome de Patau ou Edwards apresentam alterações graves físicas ou mentais. O tempo de vida é curto e a mortalidade ocorre em poucas semanas em 90% dos casos.

fragmento que o transforma em ADN recombinante (LOPEZ CAMPILLO, 2004, p. 102).

As técnicas que possibilitam a terapia gênica são as seguintes:

- a) *ex vivo*: consiste em extrair células do paciente, inserir em laboratório o gene terapêutico e reintroduzi-las no organismo de origem através de injeção ou inalação;
- b) *in situ*: os genes terapêuticos são introduzidos no próprio órgão defeituoso. Tal método pode ser usado para o tratamento de tumores, fibrose cística e distrofia muscular de Duchenne, entre outras doenças;
- c) *in vivo*: o tratamento ocorre através de injeção na corrente sanguínea de genes terapêuticos em vetores adequados. Uma série de doenças pode ser tratada através desse método, por exemplo: Alzheimer, Parkinson e Hemofilia (LACADENA, 2003, p. 344).

A engenharia genética possui aplicações comerciais cada vez mais frequentes. A produção de interferon, insulina, hormônio do crescimento e de bactérias, para limpar mares contaminados ou combater outras formas de poluição, torna-se possível por meio da engenharia genética e dos organismos modificados geneticamente.

Em médio prazo, espera-se a cura de enfermidades monogênicas, como a Fibrose Cística, Doença de Huntington e Anemia Falciforme. Essa técnica também se destina a reforçar o sistema imunitário e facilitar o diagnóstico e a prevenção ou tratamento do câncer por meio de modificação genética.

Da mesma forma, existe a perspectiva de que a engenharia genética do futuro possa ser utilizada, com a devida precaução, para produzir mudanças nas futuras gerações e introduzir modificações para melhorar as

capacidades humanas. A produção de organismos modificados, OGMs, pode ocorrer tanto no reino vegetal quanto no reino animal.

### 7.4.1 Organismos vegetais geneticamente modificados

A engenharia genética permite introduzir um novo gene em uma planta por meio da técnica do ADN recombinante. As plantas transgênicas possuem as seguintes finalidades (TOMÁS GARRIDO, 2006, p. 136):

- a) aumento da produção de produtos alimentícios por meio do desenvolvimento de plantas geneticamente mais resistentes;
- b) utilização de plantas modificadas para funcionarem como biorreatores na produção de carboidratos, plásticos, proteínas e outros produtos;
- c) produção de plantas para descontaminação que eliminam a poluição existente;
- d) produção de plantas ornamentais.

Os principais riscos dos organismos vegetais geneticamente modificados podem ser resumidos da seguinte forma: alergia, toxicidade, resistência aos antibióticos e indução ao aparecimento de insetos resistentes, transferência de genes para a flora normal e privilégio econômico para os detentores de técnicas.

Um interessante estudo realizado com alunos do último ano de Nutrição revelou que apenas 38,9% aceitam o uso de alimentos transgênicos, 60,1% não aceitam e apenas 44,1% consideraram que não fazem mal à saúde. O principal motivo apontado foi a falta de estudos em longo prazo (73,7%) (SOUZA; HOSSNE, 2010). Esse resultado não deixa de causar perplexidade



por tratar-se de alunos que, em breve, entrarão na vida profissional e portam muitas dúvidas sobre a segurança do uso de alimentos transgênicos.

### 7.4.2 Organismos animais geneticamente modificados

A engenharia genética também propicia a produção de animais transgênicos que, em resumo, possuem as seguintes aplicações (TOMÁS GARRIDO, 2006, p. 141): melhorar as espécies; produzir modelos para o estudo das doenças humanas; produzir órgãos para transplantes; produzir proteínas humanas.

A produção de animais transgênicos geneticamente superiores pode ensejar o desaparecimento ou a diminuição das raças autóctones existentes.

### 7.4.3 Avaliação ética dos organismos geneticamente modificados

Apesar das possibilidades de efeitos adversos, os organismos geneticamente modificados são importantes para o benefício da sociedade. A melhora na produção de alimentos e o tratamento de doenças antes consideradas intratáveis são as principais perspectivas positivas.

Jouve (2008, p. 466-477) faz uma análise bastante ponderado referente aos possíveis efeitos negativos e positivos da utilização dos organismos geneticamente modificados:

- a) referente ao comentário de que o homem está brincando de Deus, esclarece que as modificações realizadas no genoma são mínimas e localizadas. O homem nada cria, só modifica os organismos para trazer benefícios à humanidade;

- b) quanto à insegurança para com a natureza, afirma que as plantas eucariotas não apresentam tendência à modificação por transgênicos. Sobre a segurança humana, esclarece que o homem ingere em torno de cem mil genes por dia e não sofre modificações genéticas;
- c) no que diz respeito à alergia, opina que se trata de um exagero, pois os organismos geneticamente modificados são produzidos com menos produtos químicos que os demais;
- d) quanto ao impacto ecológico e à possibilidade de desencadeamento de superespécies originadas da “poluição genética”, primeiramente cita estudos confirmando que a concentração de pólen de milho geneticamente modificado decai muito além dos três metros da planta. Em segundo lugar, informa que os estudos realizados na tentativa de comprovar malefícios causados pela transferência de genes para outras espécies foram praticamente negativos. Pesquisas realizadas com a mariposa monarca, em contato com milho geneticamente modificado, concluíram que os efeitos sobre seu organismo são mínimos.

Evidentemente, a produção de modificações genéticas nos seres vivos suscita preocupações devido à possibilidade de consequências negativas para a espécie humana. Porém, as probabilidades são mínimas. No entanto, quando o organismo a ser modificado gera insegurança, o ser humano precisa usar a engenharia genética com precaução. A modificação da linha germinal humana, por exemplo, está proibida pelo artigo 24 da Declaração Universal do Genoma Humano e Direitos humanos.

## 7.5 TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO HUMANA ASSISTIDA

A reprodução humana pode ocorrer naturalmente, através do ato sexual, ou pela utilização de técnicas de reprodução humana assistida. Essas técnicas artificiais manipulam elementos de reprodução humana.

Quanto à classificação, as técnicas de reprodução humana assistida são reunidas em dois grandes grupos que serão a seguir abordados: inseminação artificial e fecundação *in vitro* com transferência de embrião (LACADENA, 2003, p. 107).

### 7.5.1 Inseminação artificial

A técnica de inseminação artificial busca superar problemas masculinos de falta de mobilidade do espermatozoide, oligospermia, hipospádia, entre outros; e femininos, como alteração do fator cervical, endometriose e presença de anticorpos antiespermatozoides que dificultam a fecundação. A inseminação é realizada depositando-se o sêmen em local apropriado do aparelho genital feminino, que pode ser na vagina, através de um cateter. A seguir, o processo segue fisiologicamente.

A transferência intratubária de gametas (*gamete intrafallopian transfer*) é uma técnica de inseminação artificial que consiste na inseminação de espermatozoides diretamente nas trompas. Tem a finalidade de propiciar a reprodução evitando os problemas éticos da fecundação *in vitro*.

Em princípio, a inseminação artificial consiste na ajuda ao ato sexual. Logo, do ponto de vista ético, a inseminação artificial é uma técnica intracorpórea, embora sem a participação da sexualidade humana, que não apresenta problemas éticos. No entanto, a inseminação artificial heteróloga, em que o sêmen não é do marido, sofre objeções de ordem ética. A Igreja Católica faz tais restrições por afetar a unidade do matrimônio, a dignidade dos esposos, a vocação própria dos pais e o direito do filho a ser concebido pelo casal (CICCONE, 2006, p. 114).

## 7.5.2 Fertilização *in vitro* com transferência de embrião (Fivet)

A fertilização *in vitro* com transferência de embrião (Fivet) é a mais básica forma de técnica de reprodução assistida, sendo indicada para casais que não tiveram sucesso com outros métodos de fertilização.

Três fatos históricos relacionados à fecundação *in vitro* merecem especial destaque: em 1978, nasceu o primeiro bebê de proveta do mundo, Louise Brown, na Inglaterra; em 1981, nasceu o primeiro bebê de proveta americano, Elizabeth J. Carr, nos Estados Unidos; em 1984, ocorreu o nascimento de Ana Paula Caldeira, o primeiro bebê de proveta brasileiro.

Louise Brown foi o primeiro ser humano concebido fora do útero. Em outras palavras, pela primeira vez a fecundação humana ocorreu em cima de uma placa de vidro e não naturalmente. Louise nasceu no dia 25 de julho de 1978, em Bristol, na Inglaterra. Por mais de três anos, os médicos Bob Edwards e Patrick Steptoe travaram uma verdadeira batalha científica para conseguir o resultado, sendo necessária a realização de centenas de testes até se chegar ao nascimento de Louise. Na época, os pesquisadores foram criticados pela experiência e acusados de "brincar de Deus".

A fertilização *in vitro* desenvolve-se por meio de várias etapas que vão desde a coleta do óvulo e esperma para o processo de fertilização dos óvulos em laboratório até sua implantação no útero.

A *intracytoplasmic sperm injection* (ICSI) consiste em uma técnica de injeção do espermatozoide no citoplasma do óvulo desencadeando o processo de fecundação. Após a introdução, o desenvolvimento da fecundação ocorre de maneira espontânea. Trata-se de uma técnica extracorpórea de fecundação humana, também separada do ato sexual, que tem indicação médica em

casos de oligospermia ou transtornos de mobilidade do espermatozoide. Na realidade, é uma forma modificada de Fivet.

As técnicas de reprodução assistida alteraram o conceito de família tradicional na qual participavam da procriação somente um homem e uma mulher. A família estática transformou-se em dinâmica. A doação de espermatozoide criou a paternidade social. Na fecundação *in vitro*, dependendo do caso, pode ocorrer a paternidade e maternidade sociais ou ambas simultaneamente quando o espermatozoide e o óvulo são doados. Além do mais, a gestação pode ser feita por outra mulher, fora do núcleo familiar, introduzindo a figura da maternidade substitutiva (MINYERSKY; NELLY, 2008, p. 324).

### 7.5.3 Avaliação ética

Referente à avaliação ética da Fivet, o primeiro questionamento desse procedimento médico é quanto ao fato de ocorrer fecundação fora do corpo da mãe. Esse procedimento, para alguns, contraria a lei natural da reprodução. Por essa razão, a Igreja Católica opõe-se às técnicas de reprodução assistida, especialmente à Fivet. Por esse conceito, o ato conjugal é formado por dois momentos que se completam reciprocamente. São os momentos da união e da procriação. Assim, apenas no amor espiritual de dois seres sexualmente opostos e unidos no indissolúvel matrimônio é que torna legítima a prática procriadora. Dessa forma, a reprodução assistida não constitui uma forma ideal de reprodução, mas o último recurso (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010, p. 329).

Um segundo questionamento ético é a baixa taxa de fertilidade da Fivet. Somente 10 a 20% dos embriões humanos produzidos em laboratório resultam em gravidez normal. Em 1998, ocorreram 28.000 gestações normais nos EUA provenientes de Fivet. Isso significa que um número de aproximadamente 250.000 embriões tem seu destino desconhecido.

Uma vez ocorrida a fecundação artificial, os destinos possíveis para o embrião fecundado podem ser assim resumidos:

- a) gestação normal e sucesso em todo o processo;
- b) morte durante a transferência;
- c) eliminação de embriões geneticamente inadequados;
- d) congelamento de embriões.

A gestação normal não costuma ocorrer com todos os embriões. O destino dos embriões excedentes constitui problema ético, pois tanto o congelamento quanto a eliminação sumária podem resultar em sua destruição. Do congelamento podem resultar seu aproveitamento e sua eliminação ou instrumentalização para a produção de células-tronco embrionárias.

A implantação excessiva de embriões acarreta problemas éticos relacionados à redução embrionária, que é a eliminação (destruição) de embriões durante o período de aplicação da técnica.

Com a finalidade de orientar a conduta ética dos médicos brasileiros, o Conselho Federal de Medicina aprovou recentemente a Resolução n. 1.957/2010, que determina o número máximo de embriões a ser implantado e proíbe a redução embrionária. Diz a resolução, em seu anexo único:

**6** - O número máximo de óocitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações: a) mulheres com até 35 anos: até dois embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões. **7** - Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

A experiência genética apontou para a necessidade de implantação de embriões que aumentam proporcionalmente com a idade da mulher. A

proibição da redução embrionária refere-se aos aspectos éticos relacionados ao aborto.

### 7.5.4 O bebê medicamento

As técnicas de fecundação *in vitro*, além de solucionar problemas de esterilidade, oportunizam o nascimento de um bebê especialmente escolhido para servir de tratamento a outra pessoa. Por isso, esse bebê, especialmente planejado, denomina-se bebê medicamento, terapêutico ou *à la carte*. Após o nascimento, suas células serão preparadas para a cura de um portador de enfermidade genética, geralmente um irmão.

Alguns aspectos éticos precisam ser analisados. Primeiramente, para que se obtenha um bebê compatível, vários embriões serão fecundados e não utilizados. Essa técnica proporciona a manipulação, congelamento e destruição de embriões humanos.

Em segundo lugar, está a manipulação propriamente dita de um embrião que não será escolhido naturalmente, mas pelo cientista. O bebê medicamento precisa conter as características genéticas para salvar o familiar enfermo. Os pais e os médicos serão os responsáveis pela escolha.

Sobre esses aspectos Jouve (2008, p. 363) calculou o número de embriões necessários para se encontrar um bebê medicamento com células-tronco compatíveis para o tratamento de um irmão portador de Anemia de Fanconi. Em se tratando de uma doença autossômica recessiva, a probabilidade de fecundação de outro irmão com a doença de Fanconi é de 1/4. A essa probabilidade deve ser acrescentado que o bebê planejado deve ser histocompatível, ou seja, ter seu HLA compatível com o enfermo. A associação desses dois fatores diminui enormemente a probabilidade de obtenção de um bebê medicamento compatível. Nesse caso específico,

o cálculo feito pelo autor situa a probabilidade entre  $1/36$  e  $1/86$ , o qual questiona se é justificável a produção de tantos embriões para serem posteriormente sacrificados.

O Conselho Federal de Medicina brasileiro emitiu recentemente a Resolução 2.168/2017, que trata da reprodução assistida, orientando que: "5. As técnicas de RA não podem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (presença ou ausência de cromossomo Y) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto para evitar doenças no possível descendente." Com isso, busca-se impedir a escolha de sexo motivada pelo desejo dos pais e a seleção de embriões para a escolha de sexo que somente se justifica para evitar doenças que estão diretamente relacionadas aos cromossomas sexuais. Considerando-se que haja razões para a programação de um bebê medicamento e que o sexo seja fundamental para a finalidade, infere-se que, também nesse caso, haveria justificativas para a escolha de sexo.

O filme *Uma prova de amor* (2009) levou ao conhecimento do grande público o drama vivido por uma adolescente nascida como bebê medicamento para salvar sua irmã, por meio da técnica de fecundação assistida. Após inúmeras doações, desde o sangue do cordão umbilical até a medula óssea, o drama desponta quando sua irmã precisava de um de seus rins para sobreviver e sua mãe insistia na obrigatoriedade da doação.

## 7.6 EUGENIA

O desenvolvimento da Genética propiciou a possibilidade do ressurgimento da eugenia, principalmente a positiva, por meio do tratamento de enfermidades e melhora da qualidade genética dos seres humanos. Nesta seção, serão revisados alguns dados da eugenia através da história, apresentadas algumas definições e feita uma abordagem sobre a possibilidade de uma nova eugenia.



## 7.6.1 Dados da história

O termo eugenia foi introduzido em 1883 por Francis Galton (1822-1911), primo de Charles Darwin. Eugenia refere-se à melhoria de uma população por meio da seleção dos mais bem-dotados para a reprodução. Disse Galton: "Aquilo que a natureza faz às cegas, lentamente e de maneira rude, o homem pode realizar com um objetivo, rápida e delicadamente."

Historicamente, a seleção natural sempre existiu, conforme observou Charles Darwin. Referente à eugenia praticada pelos seres humanos, os babilônicos cuidavam das linhas genealógicas dos seus cavalos há aproximadamente seis mil anos. Também na Idade Antiga, os chineses buscavam meios de aperfeiçoamento para produzir novas variedades de arroz. Por sua vez, os espartanos praticavam a eugenia negativa ao eliminarem crianças com defeitos nas barrancas do monte Taigeto. Na América, entre os astecas, os indivíduos maldotados geneticamente não sobreviviam às duras provas que lhes eram impostas pela sociedade (HERRERA FRAGOSO, 2007, p. 15).

No entanto, foi somente no princípio do século XX que surgiram os grandes movimentos eugênicos em vários países, como EUA, Reino Unido e Alemanha. Em 1924, a Alemanha assumiu intensamente a eugenia negativa. Em três anos, foram esterilizadas 325.000 pessoas. Após a Segunda Guerra Mundial, a eugenia foi perdendo força.

No Brasil, segundo Oliveira (2007, p. 180-181), em 15 de janeiro de 1918, o médico Renato Kehl, preocupado em livrar-se de raças inferiores, fundou a Sociedade Eugênica de São Paulo. Posteriormente, em 1923, o médico psiquiatra Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Havia médicos preocupados com a possível degradação racial proveniente da miscigenação da população brasileira. Durante o I Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado em 1929, Renato Kehl

lançou o *Boletim Eugenia* que enaltecia a prática da eugenia. Durante o Congresso Internacional de Higiene Mental, em 1931, houve um contato entre psiquiatras brasileiros e alemães favoráveis à eugenia. De lá para cá, o panorama mudou consideravelmente, e o Brasil de hoje pode ser considerado um exemplo de convivência racial e étnica.

Galton publicou o livro *Hereditary Talent and Geniuns*, em 1865, no qual preconiza que o melhoramento da raça só pode acontecer eliminando-se os indivíduos geneticamente inferiores ou impedindo-os que se reproduzam. Afirma que a inteligência é um predomínio herdado e não fruto da ação ambiental. Quando as ideias de Galton começaram a ganhar força entre os americanos, principalmente entre os racistas, instituiu-se a eugenia negativa. Galton defende a ideia de que os indivíduos de “sangue bom” deveriam ser defendidos por meio da eliminação dos indivíduos de “sangue ruim”, ou supostamente inferiores geneticamente.

## 7.6.2 Definição

Segundo a definição de Galton (1904, tradução nossa): “Eugenia é a ciência que trata de todas as influências que melhoram as qualidades natas de una raça; também daquelas que as desenvolvem de forma mais vantajosa.”<sup>46</sup> Galton (1905, tradução nossa) também definiu eugenia da seguinte forma: “Eugenia pode ser definida como a ciência que trata das organizações sociais que influem, mental e psicologicamente, na qualidade racial das futuras gerações.”

Recentemente, alguns autores começaram a associar eugenia com a manipulação do genoma humano. Cardona (2002, p. 143) utiliza na definição os termos “conjuntos de técnicas”. Essa definição traduz o sentido da nova

<sup>46</sup> Definição em inglês: “*Eugenics is the science which deals with all influences that improve the inborn qualities of a race; also with those that develop them to the utmost advantage.*”

eugenia fundamentada nas modernas técnicas genéticas: "Denomina-se eugenia ao conjunto de técnicas destinadas a melhorar a natureza genética da humanidade."

Luis Velásquez (2003, p. 151, tradução nossa) entende, em sua definição de eugenia, que a genética pode assegurar uma combinação desejável de características físicas e mentais aos descendentes da raça humana, incluindo assim as tendências da nova eugenia positiva:

As ilimitadas perspectivas que oferecem as tecnologias em matéria reprodutiva e biologia molecular voltaram a suscitar o temor de um possível revival da eugenia, entendida como a aplicação dos princípios da genética e a herança para melhorar a raça humana ou assegurar uma combinação desejável de características físicas e mentais nos descendentes de casais escolhidos.

As definições mencionam que a eugenia pode ser positiva e negativa. Entende-se por eugenia positiva o melhoramento da espécie humana no tempo, favorecendo a reprodução de indivíduos que possuam qualidades desejáveis. Alguns caracteres desejados pela eugenia que a ciência genética pode proporcionar são: seleção pré-natal; seleção de embriões; manipulação gênica; favorecimento do nascimento de filhos de casais com boa dotação genética.

A eugenia negativa consiste em dificultar a existência ou eliminar a descendência não desejada de indivíduos geneticamente maldotados através de métodos anticoncepcionais, esterilização, aborto ou morte do feto (infanticídio), impedimento de casamentos. A eugenia negativa ficou famosa como prática adotada pelos nazistas.

Em resumo, pode ser dito que eugenia é a melhora do patrimônio genético das espécies, através de manipulação direta dos genes ou do incentivo à reprodução dos indivíduos desejáveis, associados ou não à eliminação dos não desejáveis, mediante controles sociais apropriados.

### 7.6.3 A nova eugenia

Em termos de reprodução humana, o Estado tem buscado não interferir na decisão das pessoas que, dessa forma, poderão decidir segundo suas conveniências econômicas e sociais. Considera-se que o diagnóstico pré-natal, pré-implantatório e outras técnicas genéticas, em nova dimensão, possam trazer de volta a eugenia.

No entanto, a manipulação genética da futura pessoa interfere em sua constituição e biografia natural. Como o indivíduo afetado pelas mudanças não tem participação alguma, esse fato permite algumas reflexões (HABERMAS, 2002, p. 102-128).

Primeiramente, se a mudança genética produzir algum efeito negativo, aqueles que tomaram as decisões podem ser imputáveis. O futuro adolescente tomará consciência de que é um ser manipulado e poderá pedir a prestação de contas dos seus idealizadores ao não concordar com as escolhas genéticas que lhe foram feitas.

Em segundo lugar, deve ser considerado que tais mudanças são praticamente irreversíveis e limitam o projeto de vida do afetado. Os pais podem saber sempre aquilo que será bom para seu filho? Uma boa memória, por exemplo, nem sempre é um benefício, já que não esquecer pode constituir uma maldição. Uma qualidade excepcional pode despertar a inveja alheia. Assim, nem sempre uma incapacidade configura uma desvantagem. A própria escolha do sexo pode ser um motivo de reprovação por parte do filho manipulado.

Em terceiro lugar, está o sigilo das modificações feitas. Não é possível escondê-las sempre, nem para o afetado, nem para terceiros. Também não será possível esconder sempre a identidade dos pais biológicos quando houver inseminação heteróloga. A não aceitação da situação pelo indivíduo

modificado é uma possibilidade. Em outra dimensão, a revelação de tais informações pelos pais a terceiros significa invasão de privacidade dessa pessoa que poderá questionar no futuro.

Em quarto lugar, é preciso refletir se esse progresso significa a ruptura de diques ou o início da ladeira escorregadia (*slippery slope*) que levou os nazistas a cometerem crimes contra a humanidade. A eugenia positiva, sobretudo para fins terapêuticos, pode não ser o limite, favorecendo o desenvolvimento da eugenia negativa, sendo o descarte de embriões um dos exemplos (HERRERA FRAGOSO, 2007, p. 41). A desconsideração da dignidade humana começa com a coisificação do embrião e pode estender-se contra todos aqueles que não sejam bem-dotados geneticamente.

A humanidade está cada vez mais próxima de alcançar a cura de doenças genéticas, bem como de realizar a melhora genética dos indivíduos (eugenia positiva). Esse aumento de poder acompanhar-se-á de maior dificuldade de controle dos desvios que possam ocorrer pela má utilização desse importante avanço científico. Como prevenção, a educação pública precisará ser incentivada para garantir o compromisso social do uso adequado dessas novas tecnologias (BERGEL, 2017).

## 7.7 CLONAGEM

O nascimento da ovelha Dolly engendrada pela equipe de Wilmut, em 1997, projetou perspectivas de um futuro antes somente imaginado. Aquilo que parecia ficção se tornava uma realidade. O evento foi considerado fantástico por tratar-se da reprogramação de uma célula adulta retirada de glândula mamária. Nesta seção, primeiramente será abordada a definição e, posteriormente, os tipos de clonagem, bem como sua menção em documentos internacionais.

## 7.7.1 Definição

Clonagem é a reprodução de dois ou mais indivíduos geneticamente idênticos. A clonagem pode ocorrer por fissão nuclear, em que se produzem artificialmente dois embriões gêmeos, ou por transferência nuclear, em que se retira o núcleo de um óvulo não fecundado e se implanta em seu lugar uma célula adulta, a qual se reprograma e evolui para a fase embrionária.

## 7.7.2 Tipos de clonagem

A clonagem pode ser reprodutiva ou terapêutica. A clonagem para fins reprodutivos visa a gerar um novo indivíduo geneticamente igual ao doador da célula. Nesse aspecto, a clonagem poderia ser considerada uma das técnicas de reprodução humana a ser utilizada em algumas situações específicas, como a falta de óvulos ou espermatozoides dos pais.

A clonagem reprodutiva suscita interrogantes de diversas ordens: biológica, ética e legal. A relação familiar ficaria alterada. Nesse aspecto, Lacadena (2003, p. 227) considera que as mudanças do ambiente familiar seriam problemáticas. Nesse mesmo sentido, segue a reflexão de Fukuyama (2002, p. 329) ao dizer que, entre as técnicas que devem ser proibidas, está a clonagem reprodutiva por complicar o relacionamento familiar, além de ser um método antinatural.

Há outras finalidades menos nobres da clonagem, como a tentativa de substituição de um ser humano desaparecido ou como uma fonte de órgãos ou tecidos para outro. Essa última possibilidade inclui a fecundação de um bebê medicamento destinado à doação de órgãos. Em questão de transplantes intervivos, a utilização do rim de um bebê, ainda incapaz de

dar seu consentimento, gera conflitos éticos bastante sérios, já que as consequências da extirpação do órgão são irreversíveis.

Referente à repetição genética do indivíduo clonado, considera-se que essa imposição fere o direito à individualidade, cujos critérios são:

- a) unicidade: consiste em usufruir de autonomia, especialidade e temporalidade;
  - b) totalidade: compreende o direito à integridade e indivisibilidade;
- singularidade: consiste em ter sua própria identidade.

Os argumentos contrários à individualidade do embrião desde a fecundação consistem em admitir que a gemelação pudesse ocorrer entre o quinto e o nono dia de fecundação, sendo um fato natural. Da mesma forma, a formação de quimeras, que pode ocorrer até a formação da linha primitiva ou mais tarde, é o segundo argumento contrário à teoria da individualidade.

Nesse raciocínio, está o autor francês Atlan (2006, p. 62), que compara gêmeos univitelinos naturais aos indivíduos teoricamente clonados. Primeiramente, considera que o indivíduo clonado não seria uma cópia do outro, mas um ser geneticamente idêntico que não é exatamente igual ao doador. Os gêmeos univitelinos não são considerados iguais, embora sejam clonados naturais. Segundo essa perspectiva, não se poderia falar em problemas de perda de unicidade, identidade e intimidade do indivíduo clonado porque imita o método natural.

No entanto, Habermas não concorda com essa argumentação de que os gêmeos univitelinos, por ser um processo natural de concepção, constituem uma razão para justificar a clonagem. O argumento que apresenta é de ordem moral, uma vez que a clonagem perpetra a submissão

de um ser humano por outro, sendo incompatível com os direitos humanos e dignidade humana (HABERMAS, 2002, p. 7). O ser humano clonado deixa de ter o direito a existir como um ser único, fruto da natureza, sem que alguém tenha predeterminado seus componentes genéticos.

Portanto, embora a clonagem se assemelhe ao processo natural que gera gêmeos univitelinos, as justificativas morais não são aceitáveis principalmente por não respeitar a dignidade humana.

Quanto à clonagem terapêutica, que é realizada a partir de células embrionárias, a técnica consiste em interromper o processo de desenvolvimento do embrião direcionando-o para a formação de órgãos e tecidos. A rigor, trata-se da produção de um embrião como um meio para outros e não como um fim em si mesmo.

### 7.7.3 Clonagem em Declarações Internacionais de Bioética

A Declaração Universal da Unesco sobre o Genoma Humano e Direitos Humanos, de 11 de novembro de 1997, em seu artigo 11, recomenda: “[...] não devem permitir-se as práticas que sejam contrárias à dignidade humana, como a clonagem com fins de reprodução de seres humanos.”

Em 2001, os noticiários internacionais divulgaram informações sobre a possibilidade de clonagem de seres humanos. A *Asociación Canaria de Bioética* (Acabi) (2001) publicou imediatamente um manifesto para adotar o princípio de precaução em clonagem, uma vez que as consequências negativas reverteriam contra o próprio homem.

Outra entidade que se manifestou foi o *Comité Científico da Sociedade Internacional de Bioética* (Sibi), por intermédio da *Declaración Bioética de*



*Gijón* (2000), divulgada no ano 2000. Esse documento recomenda a aplicação do princípio de precaução nas ciências que usam biotecnologias em cujo âmbito se encontra a clonagem.

### 7.7.4 Considerações sobre clonagem

Em publicação da revista *Bioethikos*, o Dr. Eudes Q. de Oliveira Júnior (2011), após ampla análise ética e legal da clonagem, concluiu que as inovações biotecnológicas podem satisfazer às necessidades humanas, mas devem respeitar as áreas pétreas de sua dignidade. Relembra a recomendação de Aristóteles de que *in extremis periculosa est*. Se, por um lado, a reprodução medicamente assistida está permitida, dentro dos limites legalmente previstos, a legalização da clonagem humana, por ser contrária à realidade humana, está condenada.

A produção de seres humanos por meio de clonagem manipula e limita a autonomia do indivíduo clonado. Um ser repetido e manipulado é vulnerado no seu direito de ser único e um fim em si mesmo. A proibição da clonagem está justificada tanto por violar a dignidade humana quanto por facilitar a desorganização familiar. Ademais, pela insegurança da técnica, pode colocar em risco a própria herança humana.

## 7.8 CÉLULAS-TRONCO

As possibilidades de utilização das células-tronco, para a cura de doenças e para o prolongamento da vida humana, despertaram o interesse científico de pesquisá-las intensamente em todo o mundo. Nessa sintética abordagem, trataremos das células-tronco embrionárias e adultas e da avaliação ética de sua utilização.

## 7.8.1 Células germinais e adultas

O organismo humano possui células germinais e somáticas. A célula normal é composta basicamente por membrana, citoplasma e núcleo. O material genético das células eucariotas (ADN) encontra-se no núcleo. Óvulos e espermatozoides são células germinais que possuem a metade dos cromossomos (23) de um organismo fecundado. As células somáticas (de soma = corpo) ou adultas têm 46 cromossomas podendo ser:

- a) diferenciadas: sanguíneas, ósseas, hepáticas, nervosas etc.;
- b) indiferenciadas: células-tronco. São células indiferenciadas que têm a capacidade de se dividir indefinidamente sem perder suas propriedades e produzir células especializadas. As aplicações terapêuticas são dirigidas ao tratamento de muitas doenças: Parkinson, Alzheimer, lesões medulares, lesões cerebrais, cardíacas, queimaduras, diabetes, osteoporose etc.

## 7.8.2 Células-tronco embrionárias e adultas

As células-tronco são indiferenciadas e podem ser embrionárias ou adultas. As células-tronco embrionárias são obtidas a partir do embrião até a fase de blastocisto. As células-tronco adultas são obtidas do cordão umbilical, da pele ou da medula óssea, entre outras possibilidades. Possuem a capacidade de transformar-se em alguns tipos de tecidos, por exemplo, células da medula espinal podem produzir células sanguíneas.

Quanto à classificação, referente à potencialidade de diferenciação, as células-tronco podem ser (LACADENA, 2003, p. 72-73):

- a) Totipotentes: essas células podem-se transformar em qualquer tecido e são as únicas que podem originar um novo organismo;

- b) Pluripotentes: são células que dão origem a qualquer tecido, mas não a um organismo inteiro;
- c) Multipotentes: são células que dão origem somente aos diversos tecidos aos quais pertencem.

Por sua admirável potencialidade, é fácil deduzir o enorme interesse que despertam as células-tronco. Primeiramente, é possível produzir um clone através das células totipotentes. Em segundo lugar, podem-se produzir órgãos e tecidos com a possibilidade de propiciar vida mais longa e saudável aos seres humanos.

No entanto, a aceitação das células-tronco é variável, como demonstra um estudo desenvolvido na Universidade de Londrina, por Oliveira *et al.* (2008), com estudantes da área da saúde. Primeiramente, os resultados indicaram que apenas 59,3% dos estudantes concordam que o ser humano inicia no momento da concepção. No entanto, quando se questionou a possibilidade de utilizar células-tronco embrionárias, não houve concordância de 100% dos alunos de Enfermagem, mas houve aceitação parcial dos alunos da Medicina (33,3%), Fisioterapia (44,4%) e Farmácia (22,2%). Os autores observam que, apesar do interesse universal, esse assunto não faz parte do cotidiano dos alunos da área da saúde daquela universidade.

### 7.8.3 Avaliação ética

A utilização de células-tronco adultas não resulta em problemas éticos. No entanto, as células-tronco embrionárias causam discussões acaloradas pela instrumentalização e destruição de embriões que produzem. No Brasil, foi aprovada a Lei de Biossegurança n. 11.105/2005, que inclui o uso de células-tronco de embriões congelados em seu teor. Por essa lei, os embriões inviáveis ou congelados há mais de três anos podem ser utilizados em pesquisas com

células-tronco. Essa inclusão foi motivo de uma Ação de Inconstitucionalidade (Adin), mas a redação da lei foi mantida pelo Supremo Tribunal Federal.

Assim, entenderam os legisladores brasileiros que, em determinados casos, o embrião possui um estatuto inferior, permitindo que sejam utilizados para fins pragmáticos. No entanto, embora legal, essa utilização não é admitida por muitas pessoas que reconhecem o embrião como um ser humano desde a fecundação, sendo essa manipulação contrária à sua moral.

Dessa forma, ênfase deve ser dada ao uso de células-tronco adultas, cuja potencialidade de êxito terapêutico já ficou comprovada e não possui as implicações éticas das células embrionárias. Ademais, as células embrionárias podem desencadear uma proliferação incontrolada do tipo neoplásico (SGRECCIA, 2009, p. 669). Dessa forma, as incertezas que transpareceram no estudo de Oliveira *et al.* (2008) evidenciam a perplexidade da nossa sociedade ante os avanços da ciência genética.

## 7.9 TESTES GENÉTICOS

Para fins de assessoramento genético, é possível realizar testes genéticos com a finalidade preditiva de detectar alteração genética, cuja manifestação pode ainda não ter se manifestado no indivíduo. Os principais testes genéticos preditivos denominam-se: diagnóstico pré-fecundacional, diagnóstico pré-implantatório, diagnóstico pré-natal e *screening* genético. Cada um dos métodos será abordado separadamente.

### 7.9.1 Diagnóstico pré-fecundacional

Lacadena (2003, p. 402) menciona em seu livro o diagnóstico pré-fecundacional, em que o corpúsculo polar do óvulo é analisado para detectar se não há doença genética hereditária no gameta.

Do ponto de vista ético, essa prática não sofre restrições, já que não se trata de eliminar um embrião em caso de constatação de anomalia.

## 7.9.2 Diagnóstico pré-implantatório

As técnicas de fertilização *in vitro* permitem o exame genético do embrião podendo diagnosticar doenças genéticas. Algumas células (uma ou duas) são retiradas do blastômero no estágio de 6 a 8 células. Nesse exame, podem ser observadas aneuploidias e enfermidades monogênicas. O estudo cromossômico ocorre através do *Fluorescent In Situ Hybridation* (FISH). Doenças como a Coreia de Huntington e as Aneuploidias podem ser diagnosticadas. O sexo do embrião é determinado por meio desse teste.

O diagnóstico pré-implantatório favorece a prática de seleção embrionária por meio da qual são escolhidos os embriões mais saudáveis e desprezados os demais. Essa técnica também permite a seleção de um "bebê medicamento", aquele que vai servir de meio para salvar a vida de outro (YAÑEZ PAREJA, 2004, p. 180).

## 7.9.3 Diagnóstico pré-natal

O diagnóstico pré-natal busca detectar anomalias genéticas no feto. As duas principais formas de realização são: amniocentese e biópsia das vilosidades coriais. Também são citadas as práticas de cordocentese e fetoscopia.

A doença de Huntington, que somente se manifesta mais tarde, pode ser diagnosticada através desse método.

Do ponto de vista ético, primeiramente existe a possibilidade de aborto resultante do procedimento em 1% dos casos. Em segundo lugar, a constatação de alterações genéticas no feto pode ensejar a possibilidade de aborto provocado.

## 7.9.4 Triagem ou *screening* genético

O *screening* genético consiste em estudar uma população assintomática com vistas a identificar determinado genótipo. A sondagem preditiva visa a realizar exames genéticos em indivíduos para identificar os portadores de doenças genéticas, principalmente àqueles em que os sinais e sintomas ainda não se manifestaram, por serem recessivas ou por serem de aparecimento tardio.

Tal sondagem pode ser realizada desde o nascimento do indivíduo, permitindo identificar precocemente se ele é portador de doenças genéticas. O conhecimento prévio da manifestação da doença pode evitar a união de indivíduos que irão gerar filhos com doenças genéticas ou permitir que um indivíduo ainda sem manifestações planeje melhor a sua própria vida. Os seguintes cuidados são necessários para a realização da sondagem genética (YAÑEZ PAREJA, 2004, p. 184-186):

- a) assegurar a proteção da intimidade dos indivíduos;
- b) a sondagem deve ser acompanhada de medidas de apoio e educação;
- c) obrigação de informar os parentes próximos sobre a existência da alteração genética;
- d) evitar testes por critérios comerciais.

## 7.9.5 Avaliação ética

Em primeiro lugar, é necessário questionar a forma e a quem se destina a informação obtida por meio dos testes genéticos preditivos:

À pessoa portadora da doença ou a quem é legalmente responsável? Mãe e pai? Família biológica? À sociedade? - mas

quem na sociedade necessitaria desta informação e quando? Serviços de saúde? O governo? Quem tem o direito de saber da intimidade genética de alguém? E por quê? Em que situações? (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010, p. 285).

A possibilidade de perda da intimidade e de estigmatização do indivíduo pode trazer consequências bastante negativas, inclusive a contratação de seguros e obtenção de empregos. Em casos de doenças incuráveis, o indivíduo tem o direito a ser ou não informado sobre sua doença genética. Nesse aspecto, diz a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e Direitos Humanos da Unesco: "Respeitar-se-á o direito de cada pessoa de decidir se quer, ou não, ser informada sobre os resultados do exame genético e de suas consequências (artigo 5c)."

A realização do *screening* genético, com a finalidade de dar assistência ao casal que pretende casar ou ter filhos, resulta em necessidade de orientação genética. Para tanto, a Associação Médica Mundial (2005), por intermédio da Declaração sobre Genética e Medicina, destaca a importância de se oferecer formação adequada tanto aos médicos quanto aos estudantes de Medicina. Quando ocorrem situações mais complexas, sugere a participação de especialista em Genética para proporcionar orientação mais adequada ao paciente (artigo 15).

## 7.10 ATIVIDADES: CINEMA E SEMINÁRIO SOBRE GENÉTICA

Duas metodologias ativas podem ser especialmente utilizadas para a abordagem da Genética e Bioética: cinema e seminário.

### 7.10.1 Cinema

A disponibilidade de bons filmes constitui uma excelente oportunidade para sua utilização no ensino da Bioética e Genética, cuja metodologia pode

ser encontrada no Capítulo 15. Vamos comentar brevemente dois: *Uma prova de amor* e *Gattaca*.

A abordagem dos aspectos éticos do Bebê Medicamento pode ser realizada por meio da projeção de trecho do filme *Uma prova de amor*. Mediante a técnica de reprodução assistida, uma bebê teve seu nascimento programado para salvar sua irmã portadora de leucemia. O drama permite que se analisem e se reflitam alguns aspectos éticos bastante instigadores:

- a) É justificável a programação do nascimento de uma criança com a finalidade de utilização de seus órgãos e tecidos na recuperação da saúde outra pessoa que está enferma?
- b) Quais são os limites na doação de órgãos e tecidos pelo bebê medicamento? A doação de tecidos é menos reprovável do que a doação de um órgão? Quais são os princípios bioéticos envolvidos?
- c) Caso o bebê medicamento, ao tornar-se capaz, não concorde com sua utilização como meio para outra pessoa, poderá demandar ressarcimento ou penalidades aos responsáveis?

Outra possibilidade muito instigante é a utilização do filme *Gattaca*, em que podem ser discutidos os aspectos relacionados à reprodução assistida, sobretudo a interface com a eugenia positiva e o descarte de embriões.

## 7.10.2 Seminário

Da mesma forma que foi descrito em assuntos de fim de vida (capítulo 6), o seminário é uma maneira eficiente para o aprofundamento do estudo da Genética. Inicialmente, faz-se a escolha das equipes que irão pesquisar aspectos diferenciados do assunto. O professor orientará as fontes de



pesquisa, que serão citadas na apresentação e no trabalho escrito, se houver, e a duração da apresentação.

No dia determinado, as equipes farão suas apresentações. Após cada apresentação, é interessante que o professor faça uma síntese visando ao fechamento de cada assunto. Um ou dois secretários ou debatedores entre os presentes poderão ser designados para motivar a atividade. Sua participação consiste em resumir e comentar os principais tópicos apresentados pela equipe. Desse trabalho pode resultar um relatório individual ou em grupo (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 90).

Alguns temas de Genética são particularmente interessantes para serem desenvolvidos em um seminário:

- a) aspectos éticos das pesquisas com células-tronco embrionárias;
- b) aspectos éticos das pesquisas com células-tronco adultas;
- c) a Genética vai causar a nova eugenia?
- d) eugenia positiva e negativa;
- e) fecundação *in vitro* e o descarte de embriões;
- f) aspectos éticos do bebê medicamento;
- g) clonagem e direitos individuais;
- h) organismos geneticamente modificados: vantagens e desvantagens.

Na avaliação dessa atividade, será analisada a apresentação da equipe e os recursos utilizados. O conteúdo, a clareza e a coerência da apresentação, bem como a qualidade dos *slides* e de outros recursos utilizados serão especialmente avaliados. Quando exigido, o trabalho escrito será também avaliado. A seguir, repetiremos as recomendações para a elaboração de *slides* que foram sugeridas para o seminário sobre fim de vida.

Referente à qualidade dos *slides*, há recomendações básicas a serem observadas pelas equipes durante a elaboração e apresentação. As orientações a seguir relacionadas são um guia e não uma regra rígida (BRADBURY, 2006, p. 93-94):

- a) cada *slide* deve ter de quatro a cinco itens, no máximo;
- b) cada item deve conter de três a cinco palavras;
- c) caso o *slide* esteja muito longo, deve ser editado, retirando todo o desnecessário e mantendo as palavras-chave, ou dividindo-o em vários *slides*. As explicações dos tópicos dos *slides* serão desenvolvidas pelo apresentador.

Todas as fontes de pesquisa devem ser citadas, bem como os nomes dos integrantes das equipes.

## 8 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS E TECIDOS

### 8.1 INTRODUÇÃO

Os registros da história dos transplantes são antigos. No livro *Gênesis*, da Bíblia (2:21-22), encontra-se que Adão aparece como o primeiro doador, sendo-lhe retirada uma costela para a criação de Eva.

A lenda de São Cosme (o clínico) e São Damião (o cirurgião), no ano de 348 d.C., diz que, após a amputação da perna do diácono Justiniano, transplantaram nele a perna de um soldado etíope mouro. Por esse e outros fatos, os santos foram condenados à morte pelo imperador Dioclesiano. Muitos séculos foram necessários para que suas ideias pioneiras começassem a ter êxito.

Em 1906, foi realizado com êxito o primeiro transplante penetrante de córnea na antiga Checoslováquia, por Eduard Konrad Zirn. O paciente havia sofrido queimadura ocular bilateral e recebeu a córnea de uma criança. A córnea manteve-se clara por um ano. Anteriormente, haviam sido feitas outras tentativas sem êxito. No Brasil, o primeiro transplante de córnea foi realizado em 1954, por Hilton Rocha.

Em 1954, Joseph Murria realizou o primeiro transplante renal em Boston. O sucesso dessa iniciativa fez com que muitos pacientes conseguissem se livrar da hemodiálise após receberem um rim transplantado. Em 1967, um cirurgião da África do Sul, Dr. Christian Barnard, realizou o primeiro transplante cardíaco, na cidade do Cabo.

Após a superação dessa etapa pioneira, que se estendeu até 1982, os transplantes de órgãos encontram-se em nova fase, mais avançada, devido aos novos recursos proporcionados pelo progresso da imunologia, imunofarmacologia e pelos avanços das técnicas cirúrgicas (DI VICENZO, 2001, p. 1.100).

Transplante, transplantação ou enxerto de órgão ou tecido é a intervenção cirúrgica em que se implanta em um organismo, que se chama receptor, um órgão ou tecido de outro organismo, que se chama doador.

A transferência de tecidos de um mesmo organismo de um lugar para outro se denomina autotransplante ou transplante autoplástico. A transferência de tecidos de um organismo para outro se denomina heteroplástica. E, por sua vez, esta pode ser homóloga, quando realizada entre indivíduos de mesma espécie, ou heteróloga (ou xenotransplantação), quando realizada em indivíduos de espécies distintas.

## 8.2 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

A Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, transferiu aos familiares a responsabilidade de autorizar a retirada de órgãos do paciente falecido. Dessa forma, mesmo quem já havia se manifestado anteriormente, por meio de registro em sua Carteira de Identidade ou como "não doador de órgãos e tecidos", passa a depender da manifestação familiar para doar ou não seus órgãos (BRASIL, 2001).

Ademais, houve uma ampliação do número de pessoas legalmente capazes para autorizar a doação. Agora, entre as pessoas com o poder de autorizar, incluem-se os parentes maiores em até segundo grau, além do pai, mãe, filho ou cônjuge, já citados na lei anterior. As manifestações em Carteira de Identidade perderam a sua validade com a entrada em vigor da Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, que diz textualmente:

Artigo 4º - A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo de pessoas falecidas para transplantes ou outra finalidade terapêutica, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória, reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte.

Embora essa lei tenha deixado de considerar todas as pessoas como doadoras presumidas de órgãos, conforme previa a revogada Lei n. 9.434/1997, não progrediu o suficiente para respeitar a vontade manifestada anteriormente pelo indivíduo. Esse assunto, as diretrizes antecipadas, deverá ser contemplado tanto do ponto de vista legal quanto ético nas futuras leis federais e resoluções do Conselho Federal de Medicina.

Segundo o ordenamento jurídico vigente, a autonomia do indivíduo foi transferida para a livre decisão dos familiares, mas a tendência internacional é pela manifestação prévia do indivíduo esclarecendo se quer ou não ser doador de órgãos. Dessa forma, pode ser interpretado que o legislador tanto se equivocou na Lei n. 9.434/1997, que instituiu a doação presumida, quanto na atual Lei em vigor, n. 10.211/2001, que não considera as vontades prévias do doador para autorizar a doação (SILVEIRA *et al.*, 2009).

Paradoxalmente, a vontade do indivíduo em doar seus órgãos é maior do que a vontade familiar e isso poderia favorecer o aumento do número de doações. Um estudo realizado com profissionais de saúde do Meio-Oeste Catarinense mostrou que mais de 90% gostariam de doar seus órgãos e que "a manifestação prévia da pessoa constitui critério relevante para doar seus órgãos e tecidos, o que pode favorecer o respeito à sua autonomia, a aceitação familiar e o aumento do número de doadores" (MORAES, 2020). Embora entre a população esse índice possa ser bem menor, constitui um importante indicativo da importância de se respeitar a vontade do doador.

## 8.2.1 Princípios de Justiça em transplantes

O critério de Justiça mais utilizado em transplantes de órgãos é o igualitarismo, que se aplica por meio da organização de filas pela ordem de inscrição. Diz o Decreto n. 2.268/97, em seu artigo 7º, que incumbe à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO):

[...] III - classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior, em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-lhes o necessário comprovante; IV - comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

No entanto, há exceções para o uso do critério de igualitarismo. Quando se trata de casos de urgência ou falhas nos transplantes, esses pacientes passam automaticamente a ocupar o primeiro lugar da fila. Essas modificações foram introduzidas pela Portaria n. 3407/GM, de 5 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde, que diz em seu artigo 38:

Na ocorrência das condições clínicas de urgência para a realização de transplantes, a CNCDO deve ser comunicada para a indicação da precedência do paciente em relação à Lista Única. Parágrafo Único. A comunicação da urgência deve ser reiterada e justificada a CNCDO, decorridas setenta e duas horas após a comunicação anterior, exceto para o rim.

Assim, o critério de fila única (igualitarismo) apresenta exceções. Caso não contemplasse essas exceções, seria certamente uma lei injusta. A falência de transplantes de órgãos ou a ocorrência de doença fulminante sobre um órgão constitui motivo para que o paciente seja favorecido com o primeiro lugar da fila, em detrimento dos demais. Trata-se de uma mudança de teoria de justiça que substitui igualitarismo pelo utilitarismo, embora parcialmente.

Todavia, para fins de transplantes de fígado, esta exceção, a aplicação parcial da teoria do utilitarismo, tornou-se uma regra. O fim da fila única para transplantes de fígado foi determinado pela Portaria do Ministério da Saúde MS/GM n. 1.160, de 29 de maio de 2006, que mudou o critério de "fila única" para "critérios de gravidade". Diz textualmente o artigo 1º da referida Portaria: "Modificar os critérios de distribuição de fígado, implantando o critério de gravidade."

No entanto, quando se usa o critério de gravidade, sem o critério de utilidade, pode ocorrer outro problema de justiça. Em termos práticos, seria

mais útil dar o órgão àquele que mais vai se beneficiar, com maior chance e tempo de sobrevivência, valorizando ainda mais o órgão transplantado. Nesse caso, o órgão seria dado àquele que tem maior probabilidade de êxito e um tempo de vida maior e não àquele que está em estado mais grave.

O ideal de dispor de órgãos e tecidos para todos os necessitados ainda se encontra no campo da utopia. Por outro lado, haveria benefícios em alterar a atual lei brasileira sobre transplantes para favorecer a alocação? Parece que não, responde a Dra. Maria Elisa Vilas-Boas (2011). Sua sugestão de mudança consiste apenas em acrescentar, no teor da atual lei, a possibilidade de doação dirigida para parente próximo de doador morto. Acrescenta que um objetivo alcançável, nesse momento, é o aprimoramento do sistema de captação de órgão para ampliar a disponibilização de recursos. Entretanto, embora o direito à saúde não cesse, sua efetividade pode ocorrer na prática. Nesse contexto, nas demandas por órgãos escassos, as medidas judiciais resolvem o problema de um paciente necessitado, mas criam para outro, também necessitado, que aguarda há mais tempo na fila de transplantes. Acrescente-se a isso que, nas leis existentes, já estão previstas as respectivas exceções para a mudança de critério de fila (igualitarismo) para necessidade (utilitarismo), tornando ainda menos necessária a judicialização. No entanto, ajustes legislativos que visem a esclarecer com mais propriedade os critérios a serem utilizados são desejáveis.

## 8.2.2 Transplantes com doador vivo

A doação de órgãos e tecidos pode ser legalmente feita intervivos. Sobre esse assunto, diz a Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001:

Artigo 9º - É permitido à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do próprio corpo vivo, para fins terapêuticos ou para transplantes em cônjuge ou parentes consangüíneos até o quarto grau, inclusive, na forma do § 4º deste artigo, ou em qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial, dispensada esta em relação à medula óssea.

Portanto, a doação é permitida até o quarto grau de parentesco. Para calcular o grau de parentesco, podemos observar o que diz o artigo 1594 do Código Civil (BRASIL, 2002): "Contam-se, na linha reta, os graus de parentesco pelo número de gerações, e, na colateral, também pelo número delas, subindo de um dos parentes até ao ascendente comum, e descendo até encontrar o outro parente." Ou seja, os progenitores, assim como os filhos, são nossos parentes em 1º grau; os avós, irmãos e netos são parentes em 2º grau; tios e sobrinhos são parentes de 3º grau e assim por diante.

Os critérios estabelecidos para a efetivação de transplantes de órgãos *inter vivos* são os seguintes: somente podem ser realizados para órgãos duplos; não deve haver ameaça de dano ao doador; exige informação clara, principalmente ao doador.

No entanto, é muito discutível, do ponto de vista ético, utilizar como doadores de órgãos indivíduos com redução de autonomia, que podem não ter o senso de compreensão daquilo que está ocorrendo. Nesse contexto, incluem-se as crianças que carecem de autonomia e capacidade para consentir. Quando adultas, poderão ter um posicionamento contrário à doação anteriormente feita quando eram incapazes. Por isso, o artigo 45 do Código de Ética Médica veda ao médico "Retirar órgãos de doador vivo quando este juridicamente incapaz, mesmo se houver autorização de seu representante legal, exceto nos casos permitidos e regulamentados em lei." Nesse sentido, o Código Civil (BRASIL, 2002) prevê, em seus artigos 3º e 4º, que a incapacidade para os atos da vida civil poderá ser absoluta ou relativa.

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;



II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;  
III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;  
IV - os pródigos.  
Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

Há outra importante consideração ética a ser comentada na realização de transplantes *inter vivos*. Por exemplo, os principais problemas para o doador em transplante hepático são a mortalidade e morbidade elevada. Assim, questiona-se: uma pessoa, em sã consciência, pode assumir as consequências dessa alta morbidade e mortalidade? Quem arcará com os custos dos seus danos?

### 8.2.3 Exigências quanto à equipe médica

Exige-se que os médicos de equipes de transplantes tenham um mínimo de formação profissional que está prevista no Decreto n. 2.268/97. Diz o artigo 11 do referido decreto:

Art. 11 - Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

I - certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País;  
II - certidão negativa de infração ética, passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único - Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

A recente Resolução CFM 2.173/2017 trouxe mais detalhes sobre a capacitação dos médicos, conforme nota explicativa publicada no Portal do CFM<sup>47</sup>:

<sup>47</sup> Disponível em: [http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3)

Agora, os dois médicos devem ser especificamente qualificados, sendo que um deles deve, obrigatoriamente, possuir uma das seguintes especialidades: medicina intensiva adulta ou pediátrica, neurologia adulta ou pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. O outro deve ter, no mínimo, um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, tenha acompanhado ou realizado pelo menos 10 determinações de morte encefálica ou tenha realizado curso de capacitação. Nenhum dos dois médicos deve fazer parte da equipe de transplantes.

A seriedade e a responsabilidade do assunto exigem que os médicos das equipes de transplante tenham formação mínima adequada à função exercida. Dessa forma, o diploma de médico não confere a esses profissionais o direito de pertencer a uma equipe de transplantes. O contexto atual de grande desenvolvimento médico-científico justifica essa medida que visa a exigir maior preparo do médico para maior segurança ao paciente.

## 8.3 MORTE ENCEFÁLICA

A retirada de órgãos e tecidos de paciente pode ser feita quando ele se encontra em morte encefálica. A Resolução CFM n. 2.173/2017, que substituiu a n. 1.480/1997, estabeleceu os critérios para a determinação de morte encefálica por meio de exames clínicos e complementares, variáveis com a idade. Os dados são registrados no Termo de Morte Encefálica.

O tempo mínimo de observação para o início do diagnóstico é de seis horas, com exceção da encefalopatia hipóxico-isquêmica. A Resolução n. 2.173/2017 relaciona os parâmetros clínicos a serem seguidos. Acima de dois anos de idade são necessários dois exames com intervalo de uma hora. Abaixo dessa idade, os intervalos aumentam para até 24 horas.

Conforme o artigo 2º, os seguintes procedimentos devem ser realizados para a determinação de morte encefálica:

a) dois exames clínicos que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico; b) teste de apneia que confirme ausência de movimentos respiratórios após estimulação máxima dos centros respiratórios; c) exame complementar que comprove ausência de atividade encefálica.

Faz-se necessária a realização de um exame complementar que comprove: "a) ausência de perfusão sanguínea encefálica ou b) ausência de atividade metabólica encefálica ou c) ausência de atividade elétrica encefálica" (artigo 5º). No Anexo I, estão relacionados os seguintes exames: angiografia cerebral, eletroencefalografia, dopler transcraniano, cintilografia – SPECT cerebral.

Os familiares deverão ser comunicados sobre o procedimento de morte encefálica em cada etapa, com registro em prontuário dessa comunicação (artigo 8º). Os médicos que realizaram os procedimentos de morte encefálica devem preencher a Declaração de Óbito e não podem pertencer à equipe de transplantes (artigos 9º e 10º).

Finalmente, destaque-se que a Resolução n. 2.173 estabelece na exposição de motivos que o procedimento para o diagnóstico de morte encefálica deve ser realizado em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo e apneia persistente e não somente para os potenciais doadores de órgãos e tecidos.

## 8.4 ANENCEFALIA E TRANSPLANTES

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução n. 1.752/2004, aprovou a "Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais." No entanto, considerando "os precários resultados obtidos com os órgãos transplantados", revogou posteriormente essa autorização pela Resolução n. 1.949/2010.

Sgreccia (2009, p. 835) comenta que, ante a inexistência de encéfalo, há de comprovar-se a morte do tronco encefálico do indivíduo, que o eletroencefalograma e fluxo cerebral não comprovam, para proceder-se à retirada de órgãos do indivíduo portador de anencefalia. Como pode haver vida, manifesta-se contrariamente aos procedimentos considerados desproporcionais que são realizados com a finalidade de manter o recém-nato anencefálico artificialmente vivo (não concorda que esteja em morte cerebral devido à possibilidade de vida do tronco encefálico) para a retirada de órgãos. No entanto, não há objeção em retirá-los após a morte. Na mesma linha da argumentação do Conselho Federal de Medicina, observa que o alto índice de prematuridade (53% a 58%) e de malformações orgânicas (30% das vias urinárias são malformadas) dos recém-natos anencefálicos desfavorece a doação.

## 8.5 FUTURO DOS TRANSPLANTES

A atual escassez de órgãos dificulta o estabelecimento de critérios de justiça aceitáveis pela diversidade de situações que se apresenta: gravidade, tempo de espera, chances, compatibilidade etc. As perspectivas existentes permitem vislumbrar um futuro promissor para os transplantes que aponta para três direções: utilização de órgãos de animais modificados geneticamente, produção de órgãos artificiais e a produção de órgãos a partir das células do próprio indivíduo (GRACIA, 2010, p. 502). Inclusive, é possível que as três possibilidades estejam disponíveis ao mesmo tempo.

Se a primeira possibilidade, utilização de órgãos animais, gera controvérsias por acarretar riscos de transmissão de doenças, a segunda e a terceira, que se referem respectivamente à utilização de órgãos artificiais e utilização da engenharia genética, não. Ambas se apresentam como alternativas vantajosas em relação às atuais, tanto

pela maior disponibilidade do órgão quanto de resultado, além de estarem praticamente livres de conflitos éticos.

## 8.6 AUTONOMIA DO DOADOR, VONTADE FAMILIAR E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transplantes de órgãos e tecidos são viabilizados pela autorização de familiares até segundo grau. Nada se fala sobre a vontade prévia do doador. Contudo, recente pesquisa de Victorino e Ventura (2017) deixa clara a manifestação de muitos participantes sobre a necessidade de haver respeito à vontade do doador que a família, em tese, não estaria obrigada a respeitar. A obrigação de respeitar está claramente prevista no artigo 14 do Código Civil que diz: “É válida, com objetivo científico, ou altruístico, a disposição gratuita do próprio corpo, no todo ou em parte, para depois da morte.” Esse assunto, do ponto de vista ético, merecerá maior atenção agora com a vigência das Vontades Antecipadas de Vontade no Brasil, introduzida por meio da Resolução CFM 1.995/12, que garante o direito de a pessoa ter respeitadas suas vontades que incluem a doação de órgãos.

Os critérios de justiça em transplantes de órgãos e tecidos variam entre o igualitarismo e utilitarismo, buscando a melhor solução para cada situação. Quanto à formação, os médicos precisam portar o título de especialista ou terem cursado pós-graduação para participarem das equipes de transplantes.

A doação de órgãos inter vivos pode ser realizada em parentes de até quarto grau e em qualquer pessoa compatível mediante autorização judicial. Merece reflexão a submissão de crianças e incapazes como doadores de órgãos intervivos. Sempre que possível, os portadores de incapacidade devem ser poupados da condição de doadores de órgãos. Os recém-natos portadores de anencefalia, além da possibilidade de prematuridade,

imaturidade e malformação dos órgãos, há o problema ético da dificuldade de comprovação da morte do tronco cerebral.

## 8.7 ATIVIDADES PRÁTICAS SOBRE MORTE ENCEFÁLICA

De acordo com Anastasiou e Alves (2004, p. 96), oficina é uma oportunidade de fazer melhor algo, sob orientação de um especialista, depois de ter adquirido conhecimento prévio de seus conceitos.

Como atividade prática, pode ser realizada uma oficina de preenchimento dos dados do termo de morte encefálica (Anexo da Resolução CFM n. 2.173/2017) para pacientes de várias idades. Após a atividade, que pode ser realizada em pequenos grupos ou individual, cada passo é discutido em grande grupo.

Outra forma interessante de atividade é a realização de um vídeo, preparado por uma equipe previamente designada, contendo os procedimentos da morte encefálica, como o exame clínico para pesquisa de coma não perceptivo, ausência de reflexo do tronco cerebral (pesquisa dos reflexos: fotomotor, córneo-palpebral, óculo-cefálico, vestibulo-calórico e da tosse), bem como o teste de apneia e os aspectos éticos relacionados.

## 9 BIOÉTICA EM PESQUISA E COMITÊS DE ÉTICA

Por um lado, a ciência alavancou o progresso humano. Por outro, o progresso não cessa, clamando por maior desenvolvimento científico que não está livre de problemas éticos a serem equacionados. Recentemente, os Comitês de Ética em Pesquisa passaram a constituir o grande baluarte da Ética no desenvolvimento científico. Neste capítulo, serão abordados os dados da história, a Resolução CNS n. 466/12, os Comitês de Ética em Pesquisa, a pesquisa com placebos, as inadequações em pesquisa, a integridade em pesquisa e a pesquisa com animais.

### 9.1 DADOS DA HISTÓRIA

Alguns dados históricos são particularmente relevantes para a compreensão do atual contexto de pesquisas em seres humanos no mundo e no Brasil, bem como do severo controle exercido pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Nessa exposição, em linhas gerais, será adotada a seleção de fatos históricos exposta por Susana Vidal (2008).

Antes do século XX, a principal preocupação com as pesquisas foi a vivisseção que era praticada há vários séculos. Posteriormente, surpreenderam o mundo as assombrosas experiências inadequadas dos médicos nazistas que foram descobertas no final da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Mortes por congelamento ou descompressão, esterilização, amputação de membros e inoculação de vírus foram exemplos de pesquisas inadequadas.

Em decorrência desses fatos, foi aprovado em 1947 o Código de Nuremberg, pelo Tribunal de Nuremberg, que julgou os crimes dos médicos e demais envolvidos nas pesquisas nazistas. Em seu artigo primeiro, o Código

reforça a autonomia do sujeito de pesquisa, afirmando categoricamente que “O Consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial.”

A partir de 1950 começou a haver nos Estados Unidos uma tendência à formação de Comitês de Ética em Pesquisa como órgãos responsáveis pela avaliação e controle dos projetos de pesquisa com seres humanos. Na década seguinte, essa iniciativa recebeu um novo impulso devido a alguns acontecimentos preocupantes que foram descritos pelo pesquisador norte-americano Henry Beecher (1966).

Uma série de pesquisas inadequadas foi publicada em diversas revistas científicas. Em seu artigo intitulado *Ethics and clinical research*, que foi publicado no *The New England Journal of Medicine*, Beecher (1966) descreveu os problemas encontrados em 22 pesquisas que vão desde a inoculação de células cancerígenas em alunos da escola estatal de Willowbrook, ou do vírus da hepatite em pacientes do *Jewish Disease Hospital*, até a administração de doses excessivas de cloranfenicol, cujos efeitos negativos para a medula óssea dos pacientes nas posologias testadas já eram suficientemente conhecidos.

No final da década de 1950, veio a público o escândalo da talidomida. Esse medicamento estava indicado para o tratamento de náuseas do paciente. Como se trata de um sintoma que acomete parte das mulheres durante a gravidez, muitas delas passaram a utilizá-lo. Infelizmente, como as pesquisas sobre o medicamento não haviam sido suficientemente realizadas antes de sua aprovação para consumo humano, cerca de 8.000 crianças nasceram com graves deformações. Esse fato motivou a Associação Médica Mundial a aprovar a Declaração de Helsinque, em 1964, contendo importantes recomendações a serem observadas durante a realização de pesquisas em seres humanos.

O trabalho de Beecher (1966) também influenciou na atualização da Declaração de Helsinque, em 1975, que foi modificada, entre outras coisas, para recomendar a implantação de comitês independentes de ética que



seriam os responsáveis pela avaliação de trabalhos de pesquisas com seres humanos. Nesse mesmo sentido, caminhou o órgão estatal *Food and Drug Administration* (FDA) que, em 1981, aprovou, de forma bastante pioneira, normas federais para regular a realização de pesquisas com seres humanos nos Estados Unidos. Essa modalidade de norma nacional seria posteriormente implantada em quase todos os países do mundo.

Em recente revisão do histórico da Declaração de Helsinque realizada por Schlemper Júnior (2010, p. 316-343), são relatados os principais avanços e retrocessos ocorridos desde sua emissão, em 1964, até a última atualização de 2008. Importantes avanços advieram na declaração de 2000 em que os Comitês de Ética em Pesquisa passaram a ter caráter decisório, as populações vulneráveis a receber cuidados especiais de proteção e o termo de consentimento livre e esclarecido tornou-se obrigatório (SCHLEMPER JÚNIOR, 2010, p. 320-321). Os principais retrocessos foram apontados na revisão de 2008, em que se permitiu o uso de placebos para determinar a eficácia ou segurança de uma intervenção e foi diminuída a exigência dos cuidados para com os sujeitos participantes da pesquisa, após sua realização (SCHLEMPER JÚNIOR, 2010, p. 326).

Outro relevante documento histórico sobre pesquisa com seres humanos é o *Belmont Report*, que foi publicado em 1978. Esse documento é o resultado do trabalho de uma comissão que investigou a pesquisa inadequada do prolongado estudo realizado em Tuskegee, Estado do Alabama, nos Estados Unidos. A pesquisa desenvolveu-se durante 40 anos, de 1932 a 1972, tendo 399 negros sífilíticos como sujeitos de pesquisa que, em benefício da ciência, não tiveram o direito de tratamento com penicilina quando esta já se encontrava disponível em meados da década de 1940. O *Report* favoreceu a adoção do princípio da justiça como um princípio bioético. Esse novo princípio surgiu com o objetivo principal de assegurar os direitos dos sujeitos de pesquisa.

Outra organização que também divulgou uma importante norma recomendando a existência de Comitês de Ética em Pesquisa foi o *Council for Organization of Medical Sciences (CIOMS)*, por meio do documento intitulado *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, aprovado em 1993. Não se tratou de uma norma para competir com a Declaração de Helsinque, mas para favorecer sua aplicação nos países em desenvolvimento (CICCONE, 2006, p. 273).

Em 1997, foi aprovada na Europa a norma vinculante denominada *Convênio sobre Biomedicina e direitos humanos do Conselho Europa* que, entre vários outros importantes assuntos, trata da Ética em pesquisa. A preocupação com as práticas inadequadas já transparece em seu preâmbulo. No contexto global, em 2000, foi aprovado pela Organização Mundial da Saúde o *Guia Operacional para Comitês de Ética*, que avalia protocolos de pesquisa, favorecendo o seu funcionamento prático.

Menção especial deve ser feita ao recente documento *Ética e Integridade na Prática Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (2011)* que, ante a falta de normativas sobre a integridade em pesquisa no Brasil, mediante a Comissão de Integridade em Pesquisa, apresentou 21 diretrizes contendo orientações e recomendações sobre a ética em pesquisa. O principal documento que rege a Ética em Pesquisa no Brasil é a Resolução CNS n. 466/12, que será abordada na próxima seção.

## 9.2 RESOLUÇÃO CNS N. 466/12

Com a finalidade de regulamentar as pesquisas em seres humanos no Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 1988 a Resolução n. 1/88. Posteriormente, houve a necessidade de se elaborar um documento mais completo e aperfeiçoado. Esse documento foi a Resolução

n. 196/96, aprovada em 1996, cuja elaboração contou com importantes representantes da sociedade organizada, como Conselho Federal de Medicina (CFM), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Confederação dos Bispos do Brasil (CNBB) e outras ONGs, além do Ministério da Saúde e da Ciência e Tecnologia.

A Resolução n. 196/96, além do preâmbulo e definições, abordava os aspectos éticos da pesquisa, o consentimento livre e esclarecido, riscos e benefícios e o protocolo de pesquisa. Também oferece orientações sobre funcionamento e atribuições do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). A Conep tem algumas funções específicas que são as de aprovar e acompanhar protocolos de pesquisas em: genética humana; reprodução humana; fármacos, medicamentos e determinados testes diagnósticos; equipamento, insumos e dispositivos novos ou não registrados no país; novos procedimentos não consagrados na literatura; populações indígenas; projetos que envolvam aspectos de biossegurança; pesquisas que tenham relação com o exterior; outros devidamente justificados (VIII. 4).

Após 17 anos de vigência, a Resolução n. 196/96 foi sucedida pela Resolução n. 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 12 de dezembro de 2012, recebendo relevantes aperfeiçoamentos. Essa Resolução modificou a denominação do ser humano pesquisado, que era "sujeito", para "participantedapesquisa". O pesquisador foi definido como "membro da equipe de pesquisa, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa" (II.15). Nas definições, foi incluído o termo de assentimento como "documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes" que ocorre "sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais" (II.24). Sobre placebos, somente admite seu uso quando "não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento" (III.3.b). Em relação ao Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, acrescenta que sua obtenção deve ocorrer em local adequado (IV.1.a) e que o participante tenha tempo para pensar (IV.1.c). Os benefícios da pesquisa devem ser assegurados, gratuitamente, aos participantes, ao final da pesquisa, por tempo indeterminado (IV.3.d). Recomenda também que tão logo seja “constatada a superioridade significativa de uma intervenção sobre outra(s) comparativa(s), o pesquisador deverá avaliar a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os benefícios do melhor regime” (V.4).

### 9.3 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Na América Latina, os Comitês de Ética em Pesquisa começaram a surgir nos anos 1990. A necessidade dos Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil e o avanço de sua organização ficam evidentes pelo elevado número existente. Segundo dados da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), existem 607 comitês ativos no Brasil, conforme relatório divulgado em novembro de 2010 (CONEP, 2011).

De acordo com o Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 11):

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, com “múnus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas em seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos [...]

O CEP tem o papel de avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas em seres humanos. O CEP também tem uma função consultiva e também educativa no sentido de promover eventos que assegurem a formação de seus membros e incentive a discussão do assunto pela comunidade.

A avaliação do CEP não se restringe a aspectos puramente éticos da pesquisa, mas à metodologia científica, riscos e benefícios, análise do termo de consentimento livre e esclarecido e sua obtenção, informações sobre o sujeito de pesquisa, privacidade e confidencialidade e questionário.

O CEP não deve ter menos do que sete membros provenientes da área da Saúde, Ciências Exatas, Sociais e Humanas. Além de juristas, teólogos, sociólogos, filósofos e pessoas que se dediquem ao estudo da Bioética, é necessário que haja a participação de um membro dos usuários da instituição.

Em uma recente pesquisa com 94 participantes de Comitês de Ética em Pesquisa do Brasil que foram indicados para fazerem parte da Conep, verificou-se que apenas 3,2% indicaram funcionamento irregular em suas instituições (FREITAS; NOVAES, 2010). Como outro ponto positivo, as autoras destacam a motivação das lideranças e a efetiva implantação do sistema CEP e Conep. No entanto, concluem pela necessidade de maior garantia de independência dos comitês e existência de algumas discrepâncias em relação às normas de operacionalização. Nesse aspecto, ocorreu um considerável avanço com a recente implantação da Plataforma Brasil, criada para substituir o *Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep)*, com mecanismos de busca que permitem analisar retrospectivamente as pesquisas em andamento no país.

## 9.4 PESQUISAS COM PLACEBOS

Freitas e Hossne (1998, p. 203) alertaram para alguns exemplos de pesquisas inadequadas a serem rejeitadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa: indução de problema respiratório em grupo de sujeitos em

que posteriormente a metade receberia tratamento e a outra metade, um placebo; pesquisa de medicamento para insuficiência cardíaca congestiva na qual parte receberia medicamento e outra parte, placebo. Tais condutas não são justificáveis pelo critério de análise dos riscos e benefícios, devendo tais protocolos ser rejeitados.

As preocupações com placebos referem-se à vulnerabilidade do sujeito de pesquisa, principalmente quando os temas e desenhos são determinados pelos países hegemônicos e os sujeitos de pesquisa são escolhidos nos países em desenvolvimento. Por ocasião dos resultados, os benefícios das pesquisas são usufruídos principalmente por estes e os riscos por aqueles, suscitando uma situação de injustiça. Ademais, o incentivo à pesquisa em países em desenvolvimento, sem a correspondente industrialização, colabora paradoxalmente para o aumento da dependência das equipes nacionais aos países hegemônicos (TAPAJÓS, 2007a).

A questão do placebo foi intensamente discutida na última reforma da Declaração de Helsinque, em 2008. O item que causou polêmica ficou assim formulado:

32. Os benefícios, riscos, ônus e eficácia de uma nova intervenção devem ser testados comparativamente às melhores intervenções atuais comprovadas, exceto nas seguintes circunstâncias:

- A utilização de placebo ou ausência de tratamento é aceitável em estudos em que não existam intervenções comprovadas de uso corrente; ou
- Onde, por razões metodológicas convincentes e cientificamente sólidas, a utilização de placebo se fizer necessária para determinar a eficácia ou segurança de uma intervenção e os pacientes que receberem o placebo ou ausência de tratamento não estejam sujeitos a nenhum risco de dano sério ou irreversível. Cuidado extremo deve ser tomado para se evitar o abuso dessa opção.

Não houve concordância do Conselho Federal de Medicina que, tendo em vista essa redação, emitiu a Resolução CFM n. 1.885/2008, Publicada no *DOU*, de 22 de outubro de 2008, Seção I, página 90, com o seguinte teor:

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas envolvendo seres humanos, que utilizem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

A discordância refere-se diretamente à segunda possibilidade do artigo 32 da Declaração de Helsinque. Com esse posicionamento, não concordou a Associação Médica Brasileira, filiada à Associação Médica Mundial, que emitiu uma nota da qual destacamos:

A questão do placebo – Nota da AMB

[...] É importante dizer que, do ponto de vista do conteúdo, não existem diferenças a assinalar entre a redação anterior e a atual, exceto pela frase exortando a cautela, sugerida pela Associação Médica Americana e aprovada por unanimidade. Temos, portanto, um documento bastante sólido, atualizado e disponível para o balizamento ético. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2011).

A Associação Médica Brasileira ainda esclarece que foi discutida uma proposta que especificava as duas situações em que seria permitido o uso de placebos quando existe tratamento disponível: necessidade de complementação do tratamento; reavaliação da prática existente. A especificação dessas duas situações não foi aceita pela Associação Médica Mundial devido à possibilidade de existência de outras, não se ajustando a um documento de caráter genérico. A Associação Médica Brasileira também destaca o grande avanço dessa versão que prevê o compartilhamento dos benefícios resultantes da pesquisa para o participante da pesquisa (artigo 33).

Recentemente, a Resolução CNS n. 466/2012 estabeleceu que as pesquisas devem:

III.3.b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico

devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento.

Portanto, trata-se de uma determinação em que o uso de placebos é limitado para situações em que não existam procedimentos comprovados.

## 9.5 INADEQUAÇÕES NAS PESQUISAS BRASILEIRAS E VULNERABILIDADE HUMANA

O crescimento do número de Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil fala tanto a favor de sua crescente necessidade quanto de um vigoroso progresso da Ética em pesquisa. Os problemas existentes não são significativos em comparação aos descritos na literatura, como o Caso Tuskegee e as pesquisas inadequadas relatadas por Henry Beecher.

Um dos problemas está na orientação docente insatisfatória. Um estudo realizado com 19 acadêmicos de Medicina e Enfermagem que encaminharam projetos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) evidenciou que a maioria ficou satisfeita com a orientação, mas apontou para a deficiência de preparo de alguns professores na função de orientadores (PESSALACIA; FERNANDES; CURY, 2010). A orientação foi considerada inadequada por 5 (25%) dos acadêmicos pesquisados. Um comentário feito por um dos sujeitos de pesquisa revelou que o orientador tinha pouco conhecimento sobre o funcionamento de CEP. Embora a inadequação não seja significativa, esse número relativamente elevado de avaliações negativas sobre orientadores de pesquisa levou os autores a recomendarem mais dedicação, melhor formação e maior treinamento específico dos docentes.

Uma inadequação mais significativa ficou evidente em um trabalho realizado por Jorge *et al.* (2007), que pesquisaram 133 resumos aceitos



para apresentação em Semanas Científicas da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, no período de 1999 a 2001. Os trabalhos referiam-se a pesquisas em seres humanos ou em banco de dados tipo prontuários ou atestados de óbito que também exigem a aprovação do Comitê de Ética. Como resultado, encontrou-se que apenas 18 (13,5%) haviam sido aprovados pelo CEP. Os demais não foram encaminhados ou não foram aprovados.

Os autores apontam para os seguintes problemas éticos que emergiram de sua pesquisa: participação de alunos sem receberem a orientação ética adequada; não elaboração de um trabalho escrito após a realização da pesquisa; risco para os pesquisadores que fazem uma pesquisa "clandestina".

Em ambos os casos, em menor ou maior grau, transparece a deficiência do professor que não conhece ou se nega a trilhar os caminhos legais da Ética em pesquisa. A não produção de trabalho escrito praticamente deixa sem justificativa a realização da pesquisa que, por definição, é uma atividade cujo objetivo é contribuir para o conhecimento humano generalizável.

As pesquisas consideradas clandestinas, sem aprovação do CEP, são um problema preocupante, porém apresentam boas perspectivas de solução pela forte tendência de elevação do número de Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil. Os próprios autores constataram essa tendência ao observar que o número de submissão de projetos ao CEP havia aumentado no último ano estudado. Esse resultado não é tão surpreendente quando se considera a época em que o trabalho foi realizado, coincidindo com os primeiros anos de vigência da Resolução n. 196/96. No contexto atual, não é mais admissível a realização de pesquisas em seres humanos sem submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Outro problema que merece ser mencionado é a limitação de autonomia do sujeito de pesquisa vulnerável. Em pesquisas escolhidas e desenhadas

em países hegemônicos, o sujeito de pesquisa não tem a autonomia plena para decidir se participa ou não. Trata-se de um indivíduo excluído e não de um voluntário. Dizer não é a perda de uma oportunidade. Participar é sentir-se incluído temporalmente (SCARPELLI; FERREIRA; ZARZAR, 2007).

Segundo o inciso II.25, da Resolução n. 466/12,

vulnerabilidade é o "estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

Esse cuidado com os grupos vulneráveis justifica-se tanto pela diminuição de autonomia quanto pelo elevado número de sujeitos de pesquisa selecionados. Em 502 projetos de pesquisa do período de 2005 a 2008 de um Comitê de Ética em Pesquisa estudados por Santos, Bongestab e Vasques (2010), encontrou-se que 64.746 sujeitos de pesquisa foram utilizados; destes, 15.141 (23%) pertenciam aos grupos especiais (vulneráveis): menores de 18 anos, portadores de deficiência mental, embrião/feto, indivíduos dependentes de instituições ou grupos: estudantes, militares, presidiários, indígenas ou minorias étnicas, portadores de doenças e residentes em instituições de longa permanência. Trata-se de um número considerável de vulneráveis que deve merecer atenção especial dos Comitês de Ética em Pesquisa.

### 9.5.1 Integridade na pesquisa

Com a finalidade de estimular a Ética em Pesquisa, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2011) emitiu recentemente o documento intitulado Ética e Integridade na Pesquisa. Esse bem elaborado conjunto de conceitos e diretrizes corrobora a Resolução

CNS n. 466/12, esclarecendo aspectos ainda não suficientemente abordados, conforme constatação da própria comissão elaboradora, e orientando com mais precisão a conduta dos cientistas brasileiros. Entre as 21 diretrizes aos autores, destacam-se os aspectos relacionados à autoria de trabalhos científicos:

[...] 3: Quando se resume um texto alheio, o autor deve procurar reproduzir o significado exato das ideias ou fatos apresentados pelo autor original, que deve ser citado. [...] 7: Para evitar qualquer caracterização de autoplágio, o uso de textos e trabalhos anteriores do próprio autor deve ser assinalado, com as devidas referências e citações. [...] 14: O autor tem a obrigação ética de relatar todos os aspectos do estudo que possam ser importantes para a reprodutibilidade independente de sua pesquisa. [...] 20: Os autores devem ser capazes de descrever, quando solicitados, a sua contribuição pessoal ao trabalho.

O documento também define e esclarece alguns termos relacionados à falta de integridade em pesquisa, como plágio, autoplágio e falsificação, que serão abordados na sequência.

## 9.5.2 Plágio, autoplágio e falsificação

Alguns problemas éticos afetam negativamente o âmbito da pesquisa. Entre eles, estão o plágio, autoplágio e a falsificação.

Segundo o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (2011), o plágio:

[...] consiste na apresentação, como se fosse de sua autoria, de resultados ou conclusões anteriormente obtidos por outro autor, bem como de textos integrais ou de parte substancial de textos alheios sem os cuidados detalhados nas Diretrizes. Comete igualmente plágio quem se utiliza de ideias ou dados obtidos em análises de projetos ou manuscritos não publicados aos quais teve acesso como consultor, revisor, editor ou assemelhado.

Não é incomum durante a graduação médica os alunos reproduzirem integralmente textos de outros autores, sem qualquer menção de autoria, iniciando precocemente a inadequação de conduta. Isso pode ocorrer também nos âmbitos de pós-graduação e ambientes de pesquisa.

Por outro lado, autores que possuem textos prontos e já publicados podem ser tentados a praticar o autoplágio, que “consiste na apresentação total ou parcial de textos já publicados pelo mesmo autor, sem as devidas referências aos trabalhos anteriores.” (CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO, 2011).

Um terceiro problema que pode ocorrer em pesquisas é a falsificação de dados. Esta consiste:

[...] na manipulação fraudulenta de resultados obtidos de forma a alterar-lhes o significado, sua interpretação ou mesmo sua confiabilidade. Cabe também nessa definição a apresentação de resultados reais como se tivessem sido obtidos em condições diversas daquelas efetivamente utilizadas. (CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO, 2011).

A existência de Comitês de Ética nas instituições favorece o combate às falsificações, plágios e pesquisas inadequadas no país. Nesse aspecto, o Brasil vai alcançando grande progresso principalmente por meio do aumento contínuo do número de Comitês de Ética no país e dos seus efeitos benéficos para a integridade em pesquisa.

## 9.6 PESQUISAS COM ANIMAIS

As pesquisas com animais foram realizadas desde a Idade Antiga. Há registro dessa prática por assírio-babilônicos (2000 a.C.) e, posteriormente, pelo médico grego-romano Galeno (129-199 d.C.). A partir de 1500, essa técnica tornou-se mais frequente. Durante a segunda metade do século

XIX, a pesquisa com animais impulsionou fortemente o desenvolvimento da Medicina e Biologia. Foram desenvolvidos soros para combater doenças mortais, como a difteria. Também foram realizados importantes estudos sobre vitaminas, sais minerais, cromossomos, procedimentos e instrumentos cirúrgicos (CICCONE, 2006, p. 289).

As experiências com seres humanos possuem algumas exigências que intensificaram a utilização de animais. A Declaração de Helsinque prevê, entre outras coisas, a realização de pesquisa em animais previamente às pesquisas humanas em determinadas situações. Diz o respectivo artigo:

12. A pesquisa médica envolvendo humanos deve estar em conformidade com princípios científicos geralmente aceitos, ter como base o conhecimento minucioso da literatura científica, e outras fontes de informações relevantes, adequada experimentação laboratorial e, quando apropriado, a experimentação com animais. O bem-estar dos animais utilizados para pesquisas deve ser respeitado.

Ao mesmo tempo que a Declaração avança para a possibilidade do uso de animais, enfatiza a necessidade de respeito para com seu bem-estar. Posteriormente, a legislação nacional inseriu orientações específicas e estabeleceu penas para eventuais descumprimentos, como será exposto a seguir.

A pesquisa em animais, sem as precauções necessárias, pode constituir uma atrocidade injustificável. A proteção aos animais consta em várias esferas da legislação nacional, começando pela Constituição Federal, que trata da proteção aos animais, no capítulo VI, *Do Meio Ambiente*:

Art. 225 Todos têm direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Par. 1º [...] incumbe ao Poder Público: [...] VII – proteger a fauna e a flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em

risco a sua função ecológica, provoquem a extinção da espécie ou submetam os animais a crueldade. [...]

A legislação federal, por meio da Lei n. 9.605/98 (BRASIL, 1998), aborda de maneira mais específica a proteção aos animais submetidos à experimentação. A lei estabelece penas para quem fere ou mutila animais:

Art. 32. Praticar ato de abuso, maus tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos:

Pena – detenção, de três meses a um ano, e multa.

Parágrafo 1º - Incorre nas mesmas penas quem realiza experiência dolorosa ou cruel em animal vivo, ainda que para fins didáticos ou científicos, quando existirem recursos alternativos.

Parágrafo 2º - A pena é aumentada de um sexto a um terço se ocorre morte do animal.

Além de castigar quem abusa dos animais, a lei também estabelece pena para quem deixa de considerar os meios alternativos de pesquisa ou ensino. Nesse contexto, a Declaração Universal dos Direitos dos Animais foi aprovada pela Unesco (1978). Referente à experimentação com animais, diz a Declaração:

Art. 8 a) A experimentação animal, que implica um sofrimento físico, é incompatível com os direitos do animal, quer seja uma experiência médica, científica, comercial ou qualquer outra;

b) As técnicas substitutivas devem ser utilizadas e desenvolvidas.

As linhas gerais da Declaração foram incorporadas às normas do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (Cobea) que tratam especialmente da orientação da pesquisa com animais. Suas normas estão formuladas no documento intitulado *Princípios Éticos da Experimentação Animal*. Algumas orientações são especialmente relevantes para o conhecimento dos pesquisadores: os métodos alternativos devem ser considerados (IV); deve haver sedação, analgesia e anestesia adequada (VI); o sacrifício deve

ser indolor (VII); o transporte, acomodação e alimentação devem ser feitos por técnico qualificado (VIII); os pesquisadores e funcionários devem ter qualificação e experiência (IX).

Em 2013, o Conselho Nacional de Pesquisa com Animais (CONCEA, 2013) aprovou a Diretriz Brasileira *Para o Cuidado e a Utilização de Animais*, que trata dos princípios gerais da utilização de animais para fins científicos e didáticos, da responsabilidade das instituições, das Comissões de Ética, dos professores e dos pesquisadores. Também orienta sobre as instalações e o alojamento dos animais.

O Concea também divulgou em seu *site*<sup>48</sup> os Princípios éticos para o uso de animais revisados pela Cioms/Iclas, contendo 11 princípios, entre os quais a orientação sobre o sacrifício, alojamento e assistência:

Artigo 9º - Se os procedimentos experimentais determinarem dor ou angústia nos animais, após o uso da pesquisa desenvolvida, aplicar método indolor para sacrifício imediato.

Artigo 10º - Dispor de alojamentos que propiciem condições adequadas de saúde e conforto, conforme as necessidades das espécies animais mantidas para experimentação ou docência.

Artigo 11º - Oferecer assistência de profissional qualificado para orientar e desenvolver atividades de transportes, acomodação, alimentação e atendimento de animais destinados a fins biomédicos.

Em 2022, o Concea atualizou suas diretrizes para a pesquisa e o ensino com animais (BRASIL, 2022). A substituição, redução e refinamento de animais em pesquisas aparecem em seus Princípios Gerais.

De acordo com Ciccone (2006, p. 290), a utilização de animais para fins científicos pode ser assim classificada: investigação, obtenção de produtos terapêuticos com fins substitutivos (insulina, soros), descobrimento de novos medicamentos, pesquisa da toxicidade de produtos químicos, educação e formação.

<sup>48</sup> Disponível em: [http://www.sbcal.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=65](http://www.sbcal.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=65)

As diversas possibilidades de utilização de animais favorecem sua crescente utilização para fins científicos. Por outro lado, existe a tendência de se abolir as experiências com animais. Na posição intermediária, encontra-se a técnica denominada 3R (*Replace, Reduce, Refine*), que foi proposta por Russel e Bursh, em 1959. Por *Replace*, recomenda-se a substituição de animais por métodos alternativos. *Reduce* significa utilizar o menor número possível de animais nas pesquisas. *Refine* significa utilizar uma técnica mais refinada para diminuir a dor e o sofrimento (CICCONE, 2006, p. 293).

O homem não está proibido de utilizar animais em pesquisas, mas tem obrigações éticas e legais a cumprir. A utilização deve ser racional, respeitando o bem-estar do animal, evitando seu sofrimento e diminuindo seu número em pesquisas.



# 10 BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

## 10.1 DADOS DA HISTÓRIA

O final da Segunda Guerra Mundial deixou transparecer graves problemas no âmbito dos cuidados com a saúde humana. As deficiências consistiam tanto na precariedade da assistência médica quanto nas pesquisas inadequadas com seres humanos que se desenvolviam em alguns países. Tais constatações suscitaram a necessidade de promover uma organização mais adequada da saúde mundial. Em consequência desse novo pacto social, surgiu a Organização Mundial da Saúde como o órgão responsável pela condução das políticas de saúde.

A saúde passou a ter um novo conceito. Saúde não é somente a ausência de doenças, mas um estado de bem-estar físico, mental e social, em equilíbrio com o meio ambiente. Com a finalidade de alcançar esse amplo objetivo, foi necessária a implantação de uma nova organização social. Nessa época, já estava em curso o fenômeno da industrialização que trouxe como resultado o incremento da urbanização. O novo conceito de saúde e o fenômeno de industrialização e urbanização foram causas importantes da progressiva transferência ao Estado da responsabilidade pela saúde da população.

Na sequência, para melhor proteção dos trabalhadores, o Estado assumiu também a fiscalização das condições de saúde no ambiente de trabalho. Em consequência dessa maior inserção estatal no setor de trabalho humano, as ideias liberais vigentes foram em parte sendo substituídas pelos novos conceitos socialistas emergentes, e a Saúde Pública passou a funcionar com nova organização e conceito (DALLARI, 1998, p. 208).

Na década de 1970, surgiu a Bioética. O impulso inicial para o desenvolvimento da Bioética foram os problemas e dilemas criados pelos avanços da Medicina. No entanto, a partir do V Congresso Mundial de Bioética,

realizado em Brasília, em 2002, houve uma progressiva aproximação entre Bioética e Saúde Pública. Em especial, a Bioética tornou-se importante em dois campos distintos da Saúde Pública: pesquisa com seres humanos e aplicação de recursos (FORTES; ZOBOLI, 2006).

Recentemente, um novo fator passou a ter impacto no orçamento da Saúde Pública: a judicialização. Cada vez mais indivíduos procuram na Justiça o direito a tratamentos não previstos ou disponíveis no orçamento do Estado. Assim, esses três assuntos serão a seguir abordados: pesquisa com seres humanos, aplicação de recursos escassos e judicialização da saúde.

## 10.2 PESQUISA COM SERES HUMANOS

A Saúde Pública necessita pesquisar para progredir. Assim, tanto são realizados estudos sobre efeitos dos medicamentos quanto utilizados os exames de rotina e aplicados questionários para a obtenção de conhecimentos sobre comportamentos humanos. Nada ocorre sem consequências. A simples distribuição de um questionário solicitando informações íntimas pode trazer constrangimentos ao sujeito de pesquisa cuja autonomia deve ser respeitada. Para tanto, a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido elaborado em linguagem clara e acessível é o caminho para preservar sua autonomia.

As informações pesquisadas em banco de dados também podem colocar em risco o direito à privacidade e sigilo dos sujeitos de pesquisa. No entanto, em benefício da ciência e dos indivíduos, podem excepcionalmente ser utilizados tais dados sem o consentimento destes, conduta essa permitida pelos Comitês de Ética em Pesquisa, mas que não dispensa a responsabilidade da instituição guardiã (FORTES; ZOBOLI, 2006).

Os estudos por meio de *screenings* tanto exigem preparo dos organizadores na obtenção de consentimento e, posteriormente, na revelação

da verdade ao sujeito afetado quanto a disponibilização de programas específicos de cuidados para os portadores da doença detectada.

Um resumo dos principais cuidados com pesquisa em Saúde Pública foi apresentado por Fortes e Zoboli (2006):

Assim, merecem destaque, entre outros, o balanço risco-benefício, o processo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos de pesquisa, a privacidade e a confidencialidade das informações manuseadas e obtidas, o conflito de interesses, a divulgação de resultados, a formação e utilização do banco de dados e/ou de materiais biológicos.

O seguimento de todas essas orientações é exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa por ocasião da análise do projeto. Dessa forma, as pesquisas no âmbito da Saúde Pública podem ser realizadas e trazer resultados que serão utilizados em benefício da população.

### 10.3 APLICAÇÃO DOS RECURSOS

A distribuição de recursos em Saúde Pública obedece aos princípios e às teorias de justiça. Conforme já discutido no capítulo sobre princípios bioéticos, utilizam-se seis princípios materiais de justiça (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002, p. 355-356):

- a) a cada pessoa uma parte igual;
- b) a cada pessoa, de acordo com a sua necessidade;
- c) a cada pessoa, de acordo com o seu esforço individual;
- d) a cada pessoa, de acordo com a sua contribuição à sociedade;
- e) a cada pessoa, de acordo com o seu mérito;
- f) a cada um, segundo o livre-mercado.

Esses princípios não são aplicáveis simultaneamente, pois alguns são contraditórios entre si. Por outro lado, não há um princípio absoluto, pois todos apresentam aspectos positivos e negativos. A escolha do princípio da justiça para nortear a saúde depende do conceito e cultura dos responsáveis pela opção. Alguns princípios vêm perdendo força em Saúde Pública, como "A cada um, segundo o livre-mercado", e outros ganham, como "A cada pessoa, de acordo com a sua necessidade."

Na prática, a distribuição de recursos é feita sob a orientação das assim denominadas Teorias de Justiça. Beauchamps e Childress (2002, p. 360-367) descrevem quatro teorias da Justiça distributiva que podem ser utilizadas em Saúde Pública: utilitarismo e utilitarismo social, liberalismo, comunitarismo, igualitarismo.

A diversidade de princípios e teorias de justiça permite que se elaborem políticas de saúde com diferentes tendências ideológicas e culturais.

O pensamento ético-liberal foi muito influente no passado. No entanto, as teorias que dão atenção à desigualdade social e usam a equidade na distribuição de recursos, com a intervenção do Estado, ganham cada vez mais força e adesão da sociedade. Assim, os recursos disponíveis são distribuídos, considerando-se os limites de recursos do Estado e as necessidades individuais e coletivas. Os grupos e indivíduos mais desfavorecidos são priorizados (FORTES; ZOBOLI, 2006).

Os princípios bioéticos receberam novas interpretações. Em benefício do bem coletivo, algumas liberdades individuais podem sofrer restrições. O bem comum passou a ser mais importante do que o bem individual. A autonomia individual de fumar em local público, por exemplo, foi limitada ou proibida para não causar danos às demais pessoas (não maleficência).

Nesse mesmo sentido, os portadores de tuberculose, que convivem com outras pessoas, mas rejeitam ou desleixam o tratamento, poderão

sofrer medidas coativas do Estado (limitação da autonomia) para evitar riscos aos demais (não maleficência), principalmente em crianças. O uso dos telefones celulares em aviões foi proibido em nome da segurança aérea, adotando-se o princípio da precaução e não maleficência em detrimento do princípio da autonomia.

A teoria da justiça distributiva de John Rawls acolhia a existência de diferentes categorias sociais e, para que houvesse equidade, recomendava que os mais pobres recebessem recursos compensatórios (RAWLS, 2006, p. 67-68). No entanto, a teoria recebeu críticas, já que os não tão pobres teriam de arcar com os custos de sua assistência e seriam prejudicados. Com o advento da teoria de Norman Daniels, entre outras, a saúde adquiriu maior importância na distribuição de recursos e passou a ser incluída entre os bens sociais primários, beneficiando toda a população. Com isso, toda a infraestrutura da assistência à saúde, incluindo-se os recursos humanos, passaria a ser mais valorizada e a receber mais recursos. Os objetivos seriam mais abrangentes envolvendo: nutrição, trabalho, descanso, serviços médicos e não médicos. Em resumo, a teoria de Daniels inclui a luta pela melhoria das condições sociais, culturais e econômicas da população (DALL'AGNOLL, 2011).

## 10.4 JUDICIALIZAÇÃO EM SAÚDE

O reconhecimento da autonomia individual e a mudança do conceito de necessidade provocaram o aparecimento de um novo fenômeno que influencia na distribuição de recursos em saúde pública: a judicialização. Esse fenômeno merece especial atenção, pois sua análise contém facetas que não se limitam ao Direito. Aspectos éticos, sociais, políticos e sanitários estão envolvidos no contexto da judicialização em saúde.

A origem desse fenômeno ocorreu nos anos 1990 quando, amparadas pelo direito constitucional à saúde, pessoas portadoras de HIV/Aids passaram

a exigir na justiça medicamentos especiais para seus tratamentos e receber decisões favoráveis (VENTURA *et al.*, 2010). Observam os autores que o acesso à medicação está garantido pelo artigo 2º, parágrafo único, da Lei n. 1060/50, Lei Federal n. 8.080/90 e Constituição Federal. O autor da ação deve comprovar sua hipossuficiência econômica para ser dispensado do pagamento dos custos processuais.

Nesse estudo, observou-se que, entre os 289 processos estudados, nenhum pedido de gratuidade foi negado. Quanto à decisão, foi concedida a tutela antecipada integralmente em 78,5% dos casos, com necessidade de comprovação através de prescrição médica em 20%, e parcialmente em 1,4%. Não houve nenhum pedido negado. Em 96,9%, o juiz firmou sua decisão somente na documentação apresentada pelo autor da ação.

Os resultados sempre favoráveis ao autor da ação são, em parte, surpreendentes. Os autores interpretam que essas decisões premiam a prescrição médica individual sem relativizar seu conteúdo no âmbito da Saúde Pública. As decisões judiciais deveriam ser orquestradas com outros mecanismos que considerassem a justiça para todos e não somente para um indivíduo.

A professora Carlini (2010) considera que essas decisões judiciais individualizadas, por não ponderarem os valores orçamentários disponíveis, prejudicam outras aplicações dos recursos. Observa que essas decisões também não consideram os custos do bem individual a ser concedido que poderá ser vultuoso. Assim, outras pessoas podem estar sendo prejudicadas por essas decisões que afetam o orçamento geral em benefício do bem particular. Como sugestão, propõe a construção de soluções coletivas.

A evolução da judicialização no Brasil foi imensa. Um estudo que analisou a judicialização no período de 2007 a 2012 no Meio-Oeste de Santa Catarina (ZAGO *et al.*, 2016) encontrou que, nesse período, a demanda por medicamentos aumentou quase dez vezes, significando um ponto de inflexão

na tendência à maior busca pelos direitos à saúde que passaram a ser efetivamente garantidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Um estudo realizado por Pepe *et al.* (2010), realizado em Tribunal de 2ª Instância do Rio de Janeiro, constatou que os pleitos dos pacientes, na origem, têm apoio da Defensoria Pública em 83% dos casos. A média de medicamentos reivindicados é 3,25 por processo judicial. A tramitação dessas ações é rápida em termos de justiça. Sugere que é necessário problematizar a hipossuficiência do autor da ação, que não está sendo contestada pelo Estado, bem como atualizar com mais frequência as listas oficiais de medicamentos do SUS na tentativa de diminuir o número de demandas desnecessárias. As doenças que mais comumente motivam o pleito de medicamentos são: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Borges e Ugá (2009) afirmam que o judiciário não poderá deixar de julgar tais ações, mas consideram necessária melhor organização geral dos interesses envolvidos para equacionar e solucionar o conflito. Em resumo, propõe as seguintes medidas:

- a) padronização dos medicamentos;
- b) verificação de indispensabilidade do medicamento demandado quando não constante na padronização e, quando possível, fazer a opção por produtos nacionais, genéricos ou de menor custo;
- c) verificação se o receituário é de médico do SUS como medida para comprovação de indícios de hipossuficiência econômica do autor da ação;
- d) maior aproximação entre o Poder Judiciário e Executivo para equacionar a solução do conflito;
- e) maior conscientização dos médicos prescritores de medicamento que vão produzir a demanda;
- f) realização de estudos para alteração de políticas públicas de saúde.

Também deve ser considerado que há outros fatores em jogo. As necessidades fundamentais já não são mais o limite. Entre as novas demandas há medicamentos experimentais não disponíveis nas listas de padronização, procedimentos não comprovados e tratamentos de alto custo que estão disponíveis somente em outros países. Por tudo isso, ocorre o aumento das demandas judiciais.

Ademais, o indivíduo quer ser mais feliz. Para tanto, as drogas que influem no estado da mente são objetos de maior desejo dos cidadãos. Como neste século a segurança física foi em parte alcançada, o homem procura conquistar o prazer psíquico para ser mais feliz (DAVIS, 2003). Nesse aspecto, deve ser mencionado que a Medicina ampliou sua oferta de procedimentos. O tratamento de doenças não é mais o limite. Os aperfeiçoamentos estão disponíveis. Esse avanço contribui para complicar ainda mais o equacionamento do problema.

Nesse contexto, observou-se que, em 2009, na audiência pública do Supremo Tribunal Federal, que discutiu a judicialização da saúde, não houve discussão sobre as exatas necessidades da população para que fosse determinado aquilo que o estado, com justiça, deve ou não prover, dificultando as decisões (MACHADO, 2014). Por outro lado, quanto ao papel do médico, Diego Gracia (2007, p. 397) chama a atenção de que seu dever não é de julgar ou de assumir a responsabilidade pela justiça distributiva, mas de proporcionar beneficência do paciente, cabendo às autoridades públicas essa preocupação.

Entretanto, presume-se que a sociedade não vai se contentar com o uso de medicamentos já consagrados e, na luta pelo seu bem-estar, continuará buscando outros, de nova geração, teoricamente mais potentes (D'ESPÍNDULA, 2013). Segundo a mesma autora, a persistência da judicialização exigirá novas formas de abordagens, como a análise por um Comitê Nacional de Bioética que ainda precisa ser instituído em nosso país.



## 10.5 SOLIDARIEDADE COMO SOLUÇÃO

Como solução para essa ampliação de desejos e necessidades humanas, propõe-se a organização de uma sociedade mais solidária. A introdução de um novo conceito social que valoriza a solidariedade humana vai proporcionar oportunidades individuais e coletivas e tornar o sistema social mais justo (DALLARI, 1998).

Segundo esse conceito mais abrangente, os direitos individuais estão legalmente garantidos até o limite da solidariedade na distribuição de recursos públicos. Dessa forma, as demandas individuais serão atenciosamente analisadas, mas sem perder de vista o bem comum.

Com esse conceito, corrobora o Compêndio da Doutrina Social da Igreja (PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ, 2008, p. 116), que traz como significado de solidariedade a interdependência entre seres humanos e povos. Assim, o crescimento mútuo e o bem comum são priorizados na luta por justiça social. A solidariedade constitui tanto um princípio social organizador das instituições quanto uma virtude que incentiva o alcance do bem comum no qual o crescimento é compartilhado por todos.

Na reconstrução dessa nova sociedade em todos os seus níveis, a solidariedade não é uma simples virtude no campo da recomendação, mas é entendida como uma iniciativa positiva para a conquista do bem comum, em que todos, de alguma forma, devem contribuir para usufruir seus benefícios, sem perder de vista a responsabilidade pelos demais (BARCHIFONTAINE, 2005, p. 74).

Nesse interregno, estão os profissionais de saúde que necessitam possuir formação adequada para lidar com problemas de distribuição de recursos que ultrapassam o limite do conceito de assistência médica propriamente dita. Por outro lado, é necessário contar com a vontade política

de distintos poderes para o sucesso das iniciativas. No entanto, vontade política e formação profissional bastarão para implantar a solidariedade como uma virtude por todos aceita? Seguramente não. A solidariedade somente será uma virtude quando praticada continuamente, como um hábito. Para tanto, precisa estar nas mentes e corações desde a infância das pessoas e crescer com elas. Somente assim esse sonho de uma sociedade mais humana poderá transformar-se em realidade.

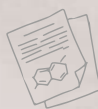
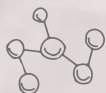
Essa concepção, ao mesmo tempo tão real e possível como utópica (tendo em vista o consumismo e individualismo reinante), vai exigir a renúncia de alguns desejos e de algumas necessidades individuais para alcançar o grande objetivo que é a conquista solidária do bem comum.

De qualquer forma, é preciso incluir a bioética na discussão da judicialização da saúde "haja vista que seus princípios se adaptam de forma cristalina aos anseios para obtenção de justiça no encaminhamento dos complexos conflitos morais existentes." (SWIECH *et al.*, 2013, p. 149). Para que a análise do pedido seja mais abrangente, o canal de comunicação entre a Saúde e a Justiça precisa ser aperfeiçoado, com a ajuda de pareceres técnicos para cada caso, quando necessários (D'ESPÍNDULA, 2013). A atuação independente dos poderes deve ser substituída pelo diálogo, "freios e contrapesos"; "quanto mais o médico justifica o juiz menos clinica"; as câmaras extrajudiciais multidisciplinares de medicação constituem um meio sugerido para que o diálogo se realize e a "desjudicialização" ocorra (SILVA; SCHULMAN, 2017). Embora o caminho seja longo, a justiça e a saúde precisam ser pensadas conjuntamente no contexto da crescente escassez de recursos em que nem todos os procedimentos e medicamentos poderão ser disponibilizados universalmente e a justa distribuição por meios extrajudiciais constitui uma solução a ser progressivamente implantada.



PARTE III

# BIOÉTICA CLÍNICA





# 11 CASO RECUSA DE TRANSFUSÃO: ANÁLISE MEDIANTE JULGAMENTO SIMULADO

## 11.1 INTRODUÇÃO

De acordo com Anastasiou e Alves (2004, p. 92), o júri (julgamento) simulado proporciona a análise aprofundada de um fato com objetividade e realismo. As principais operações de pensamento desenvolvidas por meio dessa atividade são: defesa de ideias, julgamento, argumentação e tomada de decisão. Ademais, permite a inclusão de um número elevado de participantes, favorecendo o treinamento de habilidades para mais alunos. A avaliação dos participantes é feita individualmente, observando-se os seguintes aspectos: concisão, clareza, lógica das ideias, grau de conhecimento e fundamentos da argumentação.

O ritual do julgamento simulado utilizado pelos Conselhos de Medicina, com algumas adaptações, constitui uma estratégia de fácil execução por alunos da área da saúde que normalmente não estão muito afeitos aos procedimentos jurídicos. Em uma pesquisa realizada com 211 estudantes de Medicina de uma universidade do Oeste de Santa Catarina, 96,2% concordaram que o julgamento simulado contribuiu para a aquisição de conhecimentos sobre ética médica e 93,9% a consideraram a atividade relevante para sua formação profissional (SAVARIS *et al.*, 2013).

Referente aos preparativos, a equipe que vai participar do julgamento se reúne previamente com o coordenador para tomar conhecimento do caso, discutir e planejar o evento. A seguir, todos preparam e treinam seus papéis visando a um bom desempenho. Após a realização de mais de 40 julgamentos simulados, estimamos que seja necessário um tempo de preparação entre três e oito semanas para permitir a pesquisa sobre o

tema, construção do caso, que precisa ser atrativo, e o ensaio da equipe para que a atividade seja a mais perfeita possível.

## 11.2 ETAPAS DO JULGAMENTO SIMULADO

O modelo simplificado do ritual utilizado pelos Conselhos de Medicina para Julgamento de Processos Ético-profissionais constitui um guia facilmente aplicável ao julgamento simulado. Estas são as doze etapas a serem seguidas:

- a) abertura – proclamas – entrada do denunciante, denunciado e advogados;
- b) presidente passa a palavra ao relator e posteriormente ao revisor;
- c) lidos os relatórios do relator e do revisor, a presidência concede a palavra ao denunciante ou procurador para sustentação oral (réplica) por 10 minutos improrrogáveis e igualmente também ao denunciado ou procurador;
- d) após a fase da sustentação oral, o presidente consulta os conselheiros se desejam solicitar esclarecimentos sobre o processo ao relator e/ou revisor e por seu intermédio, às partes, debater seus pareceres, arguir nulidades ou suspeição;
- e) não havendo nulidades ou suspeição, abre-se discussão do mérito;
- f) a presidência concede mais cinco minutos (tréplica) ao denunciante ou procurador para expor suas razões e igualmente ao denunciado ou procurador;
- g) o presidente concede a palavra ao relator para proferir o voto no que se refere ao Mérito (condenação ou absolvição), Capitulação e Pena e, posteriormente, ao revisor;

- h) coincidentes no mérito, o presidente questiona o plenário se algum conselheiro deseja defender voto divergente. Observação: sem defesa de voto divergente, caso ocorra na votação, este será declarado nulo;
- i) com ou sem voto divergente, inicia-se a votação pelo conselheiro à direita do relator;
- j) completadas as votações, o presidente proferirá o resultado do julgamento;
- k) o presidente designa dois conselheiros para acompanhar as partes a se retirarem do plenário;
- l) fim do julgamento.

## 11.3 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS DO JULGAMENTO SIMULADO

Esse julgamento tem o objetivo de analisar o respeito à autonomia de um hipotético paciente Testemunha de Jeová que se recusa a receber transfusão de sangue e ventilação assistida por convicção pessoal e religiosa. Também tem o objetivo de discutir aspectos de fim de vida, como ortotanásia, eutanásia passiva, distanásia e sedação paliativa.

A autonomia do paciente desenvolveu-se consideravelmente nas últimas décadas. Nesse contexto, um aspecto a ser especialmente abordado, tanto pelo aumento de frequência de casos quanto pelo avanço ocorrido nos tratamentos sem sangue, é a negativa de o paciente receber transfusão sanguínea por motivação religiosa, mesmo em risco de morte. Ademais, um em cada quatro ou cinco pacientes terá sofrimento intenso antes de morrer, justificando-se que também se discuta a suspensão de medidas desproporcionais e a adoção da sedação paliativa durante a agonia.

## 11.4 PAPÉIS A SEREM REPRESENTADOS NO JULGAMENTO SIMULADO

Segundo a sistematização proposta, os papéis a serem representados em um julgamento simulado são: apresentador, presidente, relator, revisor, advogado do denunciante, advogado do denunciado, denunciante, denunciado e grupo de conselheiros composto pelos demais alunos que não participam da preparação. Para fins de execução, cada participante estuda cuidadosamente seu papel para que o desempenho seja o mais satisfatório possível durante a atividade.

O apresentador prepara o protocolo do julgamento e os esclarecimentos teóricos a serem oferecidos aos presentes no início da atividade. O presidente deve conhecer o ritual do julgamento que vai dirigir. Relator e revisor elaboram previamente o relatório e o voto a ser proferido no dia do evento. Os advogados, o denunciante e denunciado preparam suas estratégias de acusação e defesa. Ao coordenador cabe revisar os relatórios e votos, evitando serem coincidentes para favorecer a formulação do senso julgador por parte dos conselheiros, bem como dirimir as dúvidas que vão surgindo e dar as orientações gerais à equipe que precisa se reunir, por algumas vezes, do início ao final de preparação. A motivação da equipe durante os preparativos é um ingrediente importante para o sucesso da estratégia. Um questionário escalonado pode ser distribuído entre os presentes durante o julgamento para fins de avaliação da atividade.

Esse Julgamento Simulado que transcreveremos a seguir, com algumas modificações, foi realizado no segundo semestre de 2008 pelos acadêmicos da sétima fase do curso de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina e repetido posteriormente pela 4ª fase, quando recebeu as atualizações necessárias.



## 11.5 INÍCIO DO JULGAMENTO SIMULADO

Após a saudação, os esclarecimentos, a composição da mesa e o chamamento das partes pelo apresentador, o julgamento inicia sob a direção do presidente que solicita inicialmente a leitura do relatório do conselheiro relator.

### 11.5.1 Relatório do conselheiro relator

O paciente Tranquilo Fumigalli, portador de enfisema pulmonar, apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda e dirigiu-se ao Pronto Atendimento do Hospital São Camilo, sendo atendido pelo médico plantonista Dr. Lucas Gentil, às 20h, do dia 26 de outubro de 2007. O Dr. Lucas, ao verificar o mau estado geral do paciente, prescreveu-lhe medicação de urgência e indicou internamento imediato aos cuidados do médico pneumologista Dr. Aires Malatesta.

O Dr. Aires atendeu o paciente nessa mesma noite. Ao perceber que o quadro de enfisema crônico se agravava, apesar da medicação de urgência prescrita pelo médico plantonista, indicou transfusão de sangue e ventilação mecânica em regime de tratamento intensivo. Nesse momento, o paciente, que estava lúcido e consciente da gravidade de sua doença, manifestou o desejo de não mais se submeter aos tratamentos indicados pelo Dr. Aires, por considerar que tais medidas somente iriam prolongar seu sofrimento. Especificamente sobre a transfusão sanguínea, negou-se enfaticamente a autorizá-la por ser Testemunha de Jeová, religião que não admite tal terapêutica. Anteriormente, o paciente já havia sido submetido a vários tratamentos de urgência para crises de insuficiência respiratória grave. Portanto, encontrava-se perfeitamente ciente do seu quadro clínico desfavorável.

No entanto, o Dr. Aires Malatesta declarou-se impedido de atender aos pedidos do paciente. Em sua interpretação, não fazer o tratamento indicado seria incorrer na prática de eutanásia passiva por suspensão de meios que seguramente prolongariam a vida do paciente por tempo ainda indeterminado. Com a intenção de evitar sua morte imediata, o paciente foi sedado e submetido à ventilação mecânica, apesar de sua manifestação contrária. A família obrigou-se a solicitar interferência da justiça para suspender a transfusão.

No dia seguinte, o paciente solicitou à sua filha que tomasse alguma providência contra o médico Dr. Aires por haver adotado procedimentos contra sua livre decisão. Acusou-o também de ser autoritário. O paciente foi a óbito em dois dias, após uma crise de dispneia e mal-estar intenso.

A Sra. Justina apresentou denúncia ao Conselho Regional de Medicina contra o médico Dr. Aires Malatesta por indícios de infração aos artigos 31 e 35 do Código de Ética Médica de 2018. Diz o artigo 31 que é vedado ao médico: "Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte." Nesse caso, a Sra. Justina alega que houve desrespeito à autonomia do paciente pela prescrição de sangue e suporte ventilatório.

Diz o artigo 35 que é vedado ao médico: "Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos." A Sra. Justina considerou descabida a prescrição de sangue a um paciente Testemunha de Jeová que rejeitava terminantemente a transfusão. Apresenta cópia da decisão liminar em que o juiz atendeu ao pedido do paciente e assim se manifesta:

A liberdade do idoso deve ser respeitada e, por isso, o Estado não deve intervir. O dever do Estado é diminuir o sofrimento do

idoso, mantendo viva a sua crença no paraíso. Os princípios de justiça e a ordem constitucional amparam esta decisão.

A denunciante alegou também que o médico complicou desnecessariamente a terapêutica através de entubação a qual acabou por prejudicar a evolução natural do paciente. Ademais, acrescentou que o médico usou analgesia insuficiente nos dois últimos dias de vida.

O Conselho Regional de Medicina acatou a denúncia da Sra. Justina e determinou abertura de Processo Ético-Profissional contra o Dr. Aires Malatesta por indícios de infração aos dois artigos anteriormente citados (31 e 35).

Em seus esclarecimentos, o Dr. Aires alegou que a não realização da transfusão sanguínea lhe é vedada pelo Código de Ética e que tal omissão configuraria eutanásia passiva. Em sua defesa, invocou o próprio artigo 31 que o autoriza a agir em eminente perigo de morte, não importando a vontade prévia do paciente, pelo princípio da defesa da vida. Esse princípio também fundamentou a prescrição da ventilação mecânica. Quanto à insuficiência de analgesia, afirmou que a dosagem de medicação era a usual na época da ocorrência dos fatos.

Em seu depoimento, a denunciante agradeceu a Deus por ter conseguido a liminar que evitou a transfusão e permitiu salvar seu pai de macular sua religiosidade. Confirmou os desejos expressos pelo paciente de não querer mais ser colocado em respiração artificial, querendo apenas a oportunidade de uma morte tranquila, algo que os profissionais de saúde não atenderam, prolongando sua sofrida agonia. Além do mais, alegou que o médico foi autoritário e não sedou suficientemente o paciente.

Sua irmã depôs como testemunha, afirmando que o pai já estava conformado com a situação terminal em que se encontrava e não desejava mais se submeter a tratamentos desproporcionais. Acrescentou que ele

rejeitava categoricamente transfusões sanguíneas e não desejava sofrer nos momentos finais de sua vida. Relatou todo o sofrimento para conseguir a liminar judicial que desautorizou a transfusão sanguínea.

Em seu depoimento, o Dr. Aires nada acrescentou aos fatos. O Dr. Lucas Gentil, chamado a depor como testemunha de defesa, afirmou que, no seu entender, a situação do paciente era grave e necessitava de ventilação mecânica. Em sua avaliação, o paciente não estava em agonia. Dessa forma, considerou que as medidas para o salvamento da vida do paciente adotadas pelo Dr. Aires foram corretas. Sobre a transfusão, concordou que o denunciado poderia utilizar terapêuticas alternativas. Referente à analgesia utilizada pelo médico no final da vida do paciente, relatou ter experiência em Medicina intensiva e que a prescrição de baixas doses de analgésicos e sedativos era usual na época. Admitiu que o médico não utilizou a sedação paliativa, justificando tratar-se de uma prática que ainda não estava regulamentada no Brasil.

Em suas razões finais, a Sra. Justina Fumigalli solicita punição exemplar do médico por desrespeitar a autonomia do paciente e colocar em risco sua convicção religiosa com a prescrição equivocada de transfusão sanguínea. Com os recursos atualmente existentes, considerou inadmissível prescrever sangue contra a vontade do paciente e deixá-lo com analgesia insuficiente.

Em suas contrarrazões, o médico afirmou que prescreveu sangue e instituiu suporte ventilatório em situação de risco de morte com amparo do Código de Ética Médica. As medicações prescritas foram aquelas normalmente utilizadas na época da ocorrência dos fatos, não podendo ser julgado pelos critérios atuais de sedação paliativa.

Na prescrição médica, observa-se que foram prescritas injeções de Dimorf 2 mg subcutâneo, de 6 em 6 horas, além da medicação específica para insuficiência respiratória aguda. A prescrição de sangue foi cancelada judicialmente.

É o relatório. A seguir, o julgamento continua com a leitura do relatório do conselheiro revisor.

## 11.5.2 Relatório do conselheiro revisor

O paciente Tranquilo Fumigalli compareceu ao Pronto Atendimento com quadro de insuficiência respiratória aguda; foi atendido pelo Dr. Lucas Gentil o qual, após medicá-lo, indicou internamento aos cuidados do Dr. Aires Malatesta. O pneumologista indicou ventilação mecânica e prescrição de sangue, mas o paciente negou-se a submeter-se aos tratamentos indicados por considerá-los inúteis e por não aceitar a transfusão sanguínea devido à sua convicção religiosa.

O médico declarou-se impedido pelos Códigos de Ética de atender ao pedido do paciente. No entanto, a transfusão sanguínea, que o paciente também negou a autorização por ser testemunha de Jeová, foi impedida mediante liminar judicial. O paciente evoluiu para o óbito em dois dias.

O médico foi denunciado por sua filha e indiciado pelo Conselho de Medicina por indícios de infração aos artigos 31 e 35 do Código de Ética Médica por haver prescrito sangue ao paciente e procedido à ventilação mecânica contra sua vontade.

No entanto, o médico alegou que a não realização de ventilação mecânica e transfusão em caso de risco de morte lhe é vedada pelo Código de Ética Médica. Interpretou que tal omissão configuraria eutanásia passiva. Dr. Lucas, plantonista que atendeu o paciente no Pronto Atendimento, afirmou em seu depoimento que o quadro era grave e a ventilação mecânica estava bem-indicada, já que o paciente não estava agônico. Concorde que, se necessário, o denunciado poderia utilizar terapêuticas alternativas para o tratamento da anemia.

Nas razões finais, a denunciante solicitou punição exemplar do médico denunciado e o médico denunciado alegou que sua conduta tem amparo no Código de Ética Médica.

É o relatório.

### 11.5.3 Participação dos advogados e conselheiros

Após a leitura dos relatórios, fazem uso da palavra primeiramente o advogado da denunciante e depois o advogado do denunciado, ambos por 10 minutos improrrogáveis. Nesse espaço de tempo, o advogado de acusação explora o grande avanço dos substitutos do sangue, a maior tolerância da anemia e o recente aumento do respeito à autonomia do paciente.

O advogado de defesa destaca as obrigações éticas e legais do médico em caso de risco iminente de morte do paciente que lhe permitiria agir amparado pelo princípio da beneficência e por vários artigos do Código de Ética Médica, inclusive o artigo 31 em que foi denunciado.

A seguir, os conselheiros solicitam esclarecimentos ao relator, revisor e principalmente ao denunciante e denunciado sobre os detalhes do acontecimento. É um momento muito importante do julgamento simulado em que vai transparecer o treinamento da equipe em bem representar seus papéis. Na sequência, os advogados fazem a tréplica por mais cinco minutos, destacando seus pontos de vista, seguidos dos votos do relator e revisor quanto ao mérito, capitulação e penalidade.

### 11.5.4 Voto

O relator e revisor apresentam seus votos divididos em três partes:

- a) quanto ao mérito: pela condenação ou pela absolvição. O voto deve ser justificado;
- b) caso o posicionamento seja pela condenação, o voto prossegue quanto à capitulação. Nesse momento, o voto analisa cada artigo em que o médico foi denunciado, absolvendo-o ou condenando-o;
- c) quanto à penalidade, aplica-se uma das penas previstas na Lei n. 3.268/1957, que diz em seu artigo 22: as penas disciplinares aplicáveis pelos Conselhos Regionais aos seus membros são as seguintes:
- d) advertência confidencial em aviso reservado,
  - censura confidencial em aviso reservado,
  - censura pública em publicação oficial,
  - suspensão do exercício profissional até 30 dias,
  - cassação do exercício profissional, *ad referendum* do Conselho Federal.

### 11.5.4.1 Voto do conselheiro relator

Quanto ao mérito: voto pela condenação do médico denunciado. Um paciente lúcido e consciente da gravidade da sua doença tem o direito de fazer valer sua autonomia sem ser submetido a tratamento contra a sua vontade.

O paciente foi sedado e submetido à ventilação mecânica e, além disso, foi-lhe prescrita a transfusão sanguínea apesar de sua manifestação prévia contrária, ferindo-lhe a autonomia e o direito à religiosidade. Autonomia significa que o indivíduo é quem decide aquilo que é bom para si, segundo o seu critério. A família obrigou-se a solicitar interferência da justiça para suspender a transfusão, pois o médico considerou-a obrigatória. O Dr. Aires poderia ter utilizado terapêuticas alternativas, sem sangue, de acordo com os esclarecimentos do médico Dr. Lucas Gentil durante seu depoimento.

Quanto à capitulação, o médico denunciado infringiu os artigos 31 e 35 do Código de Ética Médica, os quais vedam ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, ou complicar a terapêutica, ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

O médico denunciado, ao prescrever transfusão sanguínea que o paciente categoricamente rejeitara, bem como tratamento desnecessário através de ventilação mecânica, desrespeitou a autonomia do paciente e ultrapassou os limites do princípio da proporcionalidade.

Quanto à pena, voto pela penalidade prevista na letra D da Lei n. 3.268/1957: suspensão do exercício profissional até 30 dias.

É o voto que submeto aos conselheiros e às conselheiras.

Conselheiro relator.

O julgamento continua com o voto do conselheiro revisor.

## 11.5.4.2 Voto do conselheiro revisor

Quanto ao mérito: voto pela absolvição do médico denunciado.

Em relação à transfusão, caso o médico tivesse conseguido transfundir, o paciente talvez não evoluísse com dispneia, mal-estar intenso e óbito. O médico estava ciente da gravidade do paciente e o próprio artigo 31 do Código de Ética Médica, em que o médico foi denunciado, obriga-o a agir em caso de risco de morte.

Em relação à ventilação mecânica, o paciente apresentou quadro de insuficiência respiratória aguda. Nesse caso, o médico agiu de acordo com o



Princípio da Beneficência, para salvar sua vida. Em eminente perigo de vida, os profissionais de saúde têm o dever de atuar.

Quanto à analgesia, a dosagem de medicação prescrita era a usual para a época da ocorrência dos fatos. Esse fato foi confirmado por uma testemunha.

Em suma, o médico prescreveu sangue e instituiu ventilação mecânica em situação de risco de morte com amparo do Código de Ética Médica e as medicações prescritas foram aquelas que estavam previstas para a época da ocorrência dos fatos, não podendo ser condenado pelos critérios atuais de sedação paliativa, cujas doses diferem daquelas anteriormente utilizadas.

Quanto à pena, voto pela absolvição do médico denunciado.

Conselheiro revisor.

A seguir, o julgamento continua com a votação dos conselheiros iniciando pelo que está à direita do relator. Após a contagem dos votos, o Presidente dá o resultado do julgamento e encerra a sessão.

## 11.6 BREVES CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse julgamento simulado permite que sejam discutidos vários aspectos da Bioética. Primeiramente, analisa-se a autonomia do paciente que, nesse caso, foi preterida pela autonomia do médico tanto no aspecto da transfusão de sangue quanto da ventilação mecânica.

Um segundo aspecto refere-se à ortotanásia e distanásia, já que a conduta do médico e a expectativa do paciente divergiam. Um terceiro aspecto consiste em chamar a atenção para a emergente sedação paliativa, cuja finalidade é evitar o sofrimento no final da vida do paciente. Finalmente, não pode deixar de ser destacado o direito do paciente à religiosidade, principalmente em se tratando desse momento tão delicado que é o fim de vida.

Um estudo de caso mediante julgamento simulado ficará por mais tempo na memória dos presentes do que uma simples aula expositiva, contribuindo positivamente para a formação profissional daqueles que representam os papéis e dos que assistem à atividade. Esse caso em análise oferece argumentos consistentes para ambas as partes, permitindo que o julgamento atraia a atenção e o interesse dos presentes durante todo o desenrolar da atividade.

A negativa de aceitação de transfusão de sangue por pacientes Testemunhas de Jeová impulsionou o desenvolvimento dos substitutos do sangue e dos tratamentos sem sangue. A própria Associação das Testemunhas Cristãs de Jeová elaborou um documento bem fundamentado intitulado *Princípios e Procedimentos Relacionados com Tratamento Médico Isento de Sangue*, contendo os cuidados pré, intra e pós-operatórios (ASSOCIAÇÃO DAS TESTEMUNHAS CRISTÃS DE JEOVÁ, 2009) e o artigo científico *Bloodless medicine: clinical care without allogenic blood transfusion*, de Goodnough, Shander e Spence (2003).

Os cuidados pré-operatórios incluem, entre outras coisas, avaliação, uso de medicamento para o tratamento de anemias, otimização da produção de glóbulos vermelhos e planejamento da hemodiluição. Os cuidados intraoperatórios incluem cuidados através da hemostasia, redução do tempo cirúrgico, uso de medicamentos hemostáticos, normotermia ou hipotermia controlada, hipotensão controlada e hemodiluição. Os cuidados pós-operatórios incluem a atenção à perda sanguínea, reposição de fluidos, controle da pressão sanguínea e o uso da eritropoetina.

Valores mais baixos de hemoglobina do que os considerados normais são tolerados. Há muitos médicos treinados em tratamento sem sangue. Uma comissão permanente de ligação com os hospitais (COLIH) é disponibilizada pelos próprios membros Testemunhas de Jeová para favorecer a adoção de providências. Esses aspectos não podem ser desconhecidos pelos médicos em geral.

Por outro lado, o artigo 22<sup>49</sup> e o 31<sup>50</sup> do Código de Ética Médica estabelecem limites à autonomia do paciente em caso de risco iminente de morte. No âmbito jurídico, o artigo 135 do Código Penal prevê a pena de detenção de um a seis meses ou multa para quem: “Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.” Dessa forma, os cuidados devem ser redobrados para que a solução do conflito seja a menos problemática possível em termos éticos e jurídicos.

No entanto, as tendências atuais são cada vez mais favoráveis ao respeito à vontade dos pacientes. No documento *Report of the International Bioethics Committee of Unesco (IBC) On Consent* (UNESCO, 2008), o Comitê de Bioética da Unesco fez avançar consideravelmente os conceitos sobre a autonomia dos pacientes Testemunhas de Jeová. No passado, diz o relatório, o desrespeito à autonomia era mais frequente, mas agora a situação mudou. É questionável alguém decidir unilateralmente aquilo que é melhor para o indivíduo. As recusas dos pacientes devem ser consideradas e as alternativas de tratamento sem sangue devem ser postas em prática.

Confirmando essa recente tendência de atendimento ao desejo dos pacientes Testemunhas de Jeová, também no Brasil, descreve Thibes (2009), em seu artigo jurídico:

O crescente uso de alternativas médicas às transfusões de sangue vem demonstrando que atender ao caso das Testemunhas de Jeová não é algo fora da realidade. De fato, a compreensão por parte da equipe médica, ao invés do combate, é o caminho para a solução. Ao passo que esses procedimentos se tornarem o padrão, esse tipo de questão deixará de ocorrer por completo. Antes de impor uma transfusão ao paciente, os médicos e os tribunais devem analisar serenamente se vale a pena passar por cima de

<sup>49</sup> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

<sup>50</sup> Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

sua consciência (a qual desfruta de proteção constitucional), o que aniquilaria sua Autonomia como *paciente e ser humano* [...]

No entanto, até o final de 2017, estava em vigor a Resolução CFM n. 1.021/80, agora revogada, que traz aos médicos a seguinte conduta:

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo a seu Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta:

1º - Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2º - Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

A Resolução CFM n. 1.021/80 não teve substituição por outra que abordasse tão diretamente do assunto. Contudo, a disponibilidade de tratamentos alternativos oferece a possibilidade para maior respeito à autonomia dos pacientes. Ocorre que os recursos oriundos dos recentes avanços da ciência e dos recursos humanos nos últimos 37 anos ampliaram consideravelmente as possibilidades de respeito à autonomia do paciente Testemunha de Jeová, desvendando reais possibilidades de se evitar efetivamente a transfusão. Assim, esse assunto tão atual contém aspectos suficientemente instigantes para favorecer uma reflexão mais aprofundada por meio de julgamento simulado.

Relatórios objetivos, acusação e defesa consistentes, treinamento adequado dos papéis e uma discussão bem conduzida durante a representação são detalhes importantes para garantir a motivação da equipe e o sucesso dessa interessante estratégia. O resultado do julgamento pode variar segundo o desempenho das partes, mas o objetivo de ampliar a conscientização dos futuros profissionais sobre como lidar com essa situação conflituosa no contexto da atual evolução médica e moral seguramente será alcançado.

## 12 COMITÊS DE BIOÉTICA E DELIBERAÇÃO DE CONFLITOS MORAIS

A assistência à saúde das pessoas é exercida para pessoas de diferentes culturas, etnias e religiões, sem discriminação. Em consequência, pela diversidade de interpretação dos valores em jogo, podem surgir conflitos morais. Médicos e profissionais de saúde precisam tomar decisões sobre dilemas e problemas morais, porém, em determinados casos, a solução ideal pode encontrar-se além das orientações previstas nos códigos de deontologia profissional. Nesse sentido, quando existe uma pluralidade de fatores e valores em jogo, a análise multidisciplinar constitui uma forma de sustentação válida para corroborar a decisão do conflito moral. Dessa forma, assim como são adotadas soluções colegiadas no âmbito político e militar, justifica-se o surgimento dos Comitês de Bioética no exercício da Medicina, explica Sgreccia (2009, p. 309).

Este capítulo iniciará com um breve histórico sobre a origem dos Comitês de Bioética. A seguir, será apresentado o guia de deliberação, segundo o modelo recomendado pelo autor espanhol Diego Gracia com aprimoramento de outros autores (ZOBOLI, 2013; MORATALLA; GRANDE, 2013). Finalizando a parte teórica, serão definidos os cinco estados da mente humana ante a verdade. O capítulo encerra-se com a prática de deliberação de dois conflitos morais.

### 12.1 DADOS DA HISTÓRIA DOS COMITÊS DE BIOÉTICA

A origem dos Comitês de Bioética foi influenciada por três conflitos morais ocorridos nos Estados Unidos que tiveram grande repercussão pública: Diálise de Seattle, Ann Karen Quinlan e Baby Doe.

## 12.1.1 Caso Diálise de Seattle

A Bioética ainda não havia aparecido oficialmente quando aconteceu o caso diálise de Seattle, em 1961, nos Estados Unidos. O médico nefrologista Belding Scribner, de Seattle, descobriu as cânulas de teflon permitindo a realização de diálise renal. No centro de diálise de seu serviço, havia apenas sete aparelhos para muitos pacientes com insuficiência renal. Os pedidos de vagas vinham dos Estados Unidos e, inclusive, de outros países.

Como fazer justiça? Decidiu-se que a seleção de pacientes para as vagas disponíveis seria feita por um comitê anônimo e multiprofissional. "Eles decidem quem vive e quem morre", comentou um artigo da revista *Life*, em 1962, sobre o comitê (MUÑOZ; MUÑOZ, 2003a). O funcionamento desse comitê, que ficou bastante conhecido em todo o mundo, influenciou positivamente a criação de comitês de Bioética nos hospitais dos Estados Unidos. Esse polêmico caso também contribuiu para o próprio nascimento da Bioética.

## 12.1.2 Caso Ann Karen Quinlan

Karen Ann Quinlan vivia em New Jersey e tinha 22 anos de idade quando, em 15 de abril de 1975, entrou na emergência de um hospital em estado de coma. A etiologia nunca foi esclarecida, mas supõe-se que houve a ingestão de *librium*, *valium*, barbitúrico e gim-tônica. Como evoluiu para estado vegetativo persistente, o juiz solicitou um parecer do Comitê de Ética do Hospital Saint Clair de New Jersey para fundamentar sua decisão. O juiz supunha a existência do comitê que, como não havia, foi criado às pressas. Um artigo anterior escrito pela médica pediatra Teel (1975), propondo a criação de comitês de Bioética, influenciou o juiz no

caso Karen Quinlan, ideia que já havia sido proposta por Thomas Percival, em 1903 (GOLDIM, 1997b).

O comitê recém-criado manifestou-se pela irreversibilidade do coma de Ann. Em 31 de março de 1976, a Suprema Corte concedeu-lhe o direito ao desligamento do respirador. O respirador foi desconectado, porém Karen sobreviveu por mais nove anos em estado vegetativo persistente. A determinação do juiz fortaleceu a importância do Comitê de Bioética para a análise de assuntos morais em uma instituição hospitalar.

### 12.1.3 Caso Baby Doe

Em 1982 nasceu nos Estados Unidos uma criança portadora da Síndrome de Down e fístula traqueoesofágica. Os pais, que tinham filhos saudáveis, não concordaram com a cirurgia para a correção do defeito por ser de grande porte e as chances de sucesso não serem muito elevadas (GOLDIM, 1997a). Os médicos do hospital apelaram ao judiciário, mas a criança morreu antes da decisão. O acontecimento causou repercussão negativa à população, incentivando a reflexão geral. Após esse fato, o governo americano recomendou a instalação dos Comitês Hospitalares de Ética em todos os hospitais e, como incentivo, ofereceu mais recursos àqueles que implantassem. Assim, os Comitês de Bioética foram sendo progressivamente instalados nos hospitais dos Estados Unidos.

## 12.2 COMITÊS DE BIOÉTICA NA EUROPA E NO BRASIL: NOVAS TENDÊNCIAS

O desenvolvimento dos Comitês de Bioética na Europa foi bem mais vagaroso do que nos Estados Unidos. Uma das causas desse desestímulo foi

o menor reconhecimento do poder judiciário para suas decisões. Ademais, quando já existente, sua continuidade vai depender de seu prestígio, da sua eficácia e confiança que inspira aos membros da instituição (VIDAL-BOTA; SARRIAS; ROS, 2006).

No Brasil, o primeiro Comitê de Bioética foi fundado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 1993. Posteriormente, surgiram outros comitês na Universidade de Londrina, no Hospital São Lucas da PUC-RS e Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Sem obrigatoriedade legal, o desenvolvimento dos Comitês de Bioética no Brasil é lento. O Comitê do Hospital Santa Terezinha de Joaçaba, um dos primeiros do estado de Santa Catarina, iniciou suas atividades em 2006 e mantém sua continuidade por estar integrado ao ensino da Bioética da Faculdade de Medicina (KAWAMURA, 2012).

Recentemente, transpareceu uma nova tendência que é a implantação dos Comitês de Bioética nos serviços de atenção básica à saúde, indo além do contexto hospitalar. Nesse sentido, a *Asociación Española de Bioética y Ética Médica* (2005, p. 453) recomendou sua implantação nos serviços de atenção primária e nos hospitais. Em recente estudo, constatou-se que a implantação nos serviços de atenção básica já é efetiva em determinados locais da Espanha (GASCÓN ABELLÁN, 2010). Um estudo realizado no Chile concluiu pela necessidade de implantação de Comitês de Bioética na atenção básica à saúde daquele país, sinalizando para a existência dessa tendência na América do Sul (LEÓN; ARAYA; NIVELLO, 2010).

No Brasil, onde os Comitês de Bioética hospitalares ainda não foram efetivamente implantados na maioria dos hospitais, também surge a proposta de sua implantação em Comitês Intermunicipais de Bioética (PETRY *et al.*, 2010). Essas proposições surgidas espontaneamente em distintos países demonstram claramente a nova tendência de expansão



dos Comitês de Bioética aos serviços de atenção básica à saúde. O Guia 2 da Unesco sobre Comitês de Bioética (*Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*) orienta a formação de Comitês de Bioética normativos e/ou consultivos no âmbito governamental, em Entidades ou Associações de Profissionais da Saúde, em instituições de pesquisa, em hospitais, bem como em instituições de assistência à saúde não hospitalares. No Conselho Federal de Medicina, funciona a Câmara Técnica de Bioética, um Comitê de Bioética com importante papel de assessoria institucional.

Além dos Comitês de Bioética nacionais, deve ser mencionada a existência de comitês em organismos internacionais, como o importante Comitê Internacional de Bioética da Unesco, bem como os nacionais já adotados por diversos países. No Brasil, por meio da Recomendação CFM 8/2015 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), aconselha-se a participação dos médicos em Comitês de Bioética e, desde 2004, tramita no Congresso Nacional um projeto de lei (PL 3497/2004) que objetiva a implantação de uma Comissão Nacional de Bioética, mas cuja última movimentação foi no longínquo ano de 2005 (há 18 anos).

### 12.2.1 Funções e não funções

As funções do Comitê de Bioética são três: elaboração e revisão de procedimentos e guias institucionais, assessoramento às decisões, educação em Bioética.

Além de propor documentos, o comitê deve revisar os documentos existentes no Hospital, como os consentimentos informados, para verificar se estão formulados de acordo com as orientações éticas. O assessoramento às decisões pode partir dos próprios membros do comitê e, principalmente, dos profissionais de saúde do hospital que buscam subsídios para a deliberação

em situações morais conflituosas. A educação em Bioética refere-se não somente ao oferecimento de oportunidades aos membros do Comitê, mas também aos demais profissionais do hospital.

Não são funções do Comitê de Bioética, segundo Urbiolla Marcilla (2005): julgar condutas profissionais; envolver-se em atuações jurídicas; assumir a responsabilidade de quem solicitou o parecer; tomar decisões vinculantes; substituir o Comitê de Ética em Pesquisa.

## 12.2.2 Componentes

Referente à composição, existem duas tendências. Uma corrente propõe que se reúna um conjunto de profissionais com competência em ética médica. Esse comitê é composto basicamente por médicos e enfermeiros, mas os paramédicos em geral podem também participar. A função consultora é favorecida. Esse modelo predomina na Espanha (VIDAL-BOTA; SARRIAS; ROS, 2006).

A segunda corrente propõe um comitê não especializado, mas capaz de abordar desde fora os conflitos morais da instituição. Filósofos, sociólogos, juristas e psicanalistas podem fazer parte desse comitê. A prioridade dessa composição é a função reflexiva.

O modelo misto parece ser aquele que consegue cumprir melhor as duas funções: consultiva e reflexiva. Com algumas variações, os Comitês de Bioética mistos são compostos por médicos e enfermeiras, advogado, experto em Bioética, teólogo, sacerdote, assistente social, psicólogo e membro da comunidade.

Referente ao número, Tealdi (2008b, p. 256) refere 6 a 20 membros para compor o Comitê de Bioética. Vidal-Bota *et al.* (2006) informa que na Espanha o número varia entre 10 e 20 membros. Confirmando essa

tendência, Ribas-Ribas (2006) traz que na Catalunha a média entre os 24 comitês estudados foi de 15 membros.

### 12.2.3 Assuntos tratados nos Comitês de Bioética

Em termos de deliberação moral, muitos assuntos são discutidos no âmbito dos Comitês de Bioética. Alguns geram mais conflitos e são levados com mais frequência. A dúvida entre suspender ou não tratamentos em fim de vida constitui um assunto bastante frequente. Dúvidas sobre a negativa de aceitar tratamentos, comunicação da verdade e competência do paciente também são motivos de consultas. O Quadro 1 apresenta um levantamento de Francisconi, Goldim e Lopes (2002) sobre sete assuntos que foram deliberados no Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em seus primeiros anos de funcionamento.

Quadro 1 – Assuntos deliberados pelo Comitê de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

1 Conflitos de conduta.	5 Malformação congênita.
2 Suspensão de tratamento.	6 Introdução ou retirada de medidas extraordinárias.
3 Conflitos entre equipe médica, familiares e pacientes.	7 Problemas de confidencialidade e privacidade.
4 Ordens de não reanimar.	

Fonte: Francisconi, Goldim e Lopes (2002).

Outra função é a análise de documentos bioéticos da instituição, como o Consentimento informado e a Recusa de Tratamento, entre outros. Nos primeiros sete anos de funcionamento do Comitê de Bioética do Hospital Virgen Del Camino de Pamplona (Espanha), além de casos clínicos, foram analisados os seguintes assuntos relacionados a documentos: preservação do sigilo das histórias clínicas e protocolo de atenção ao menor maduro (MARCILLA, 2005). Ademais, o planejamento das ações educativas em Bioética, a terceira função do Comitê, também merece espaço durante as reuniões ordinárias.

## 12.3 PRINCIPAIS PROBLEMAS

Um estudo de Goldim *et al.* (1998), realizado sobre o Comitê de Bioética pioneiro no Brasil, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, evidenciou os principais problemas para a implantação e funcionamento: falta de formação e atualização de seus membros, existência de áreas refratárias ao comitê e confusão sobre suas funções. No entanto, mostra alguns pontos positivos, como o maior reconhecimento de problemas morais que resultou na melhora das atitudes morais dos profissionais e estudantes.

Tendo em vista o pioneirismo desse comitê e a raridade de comitês de Bioética no Brasil, os problemas poderão se repetir na implantação dos novos comitês, sendo interessante conhecê-los previamente.

Tealdi (2008b, p. 258) menciona os seguintes problemas de funcionamento dos Comitês de Bioética: falta de espaço por parte da direção de alguns hospitais, falta de objetivos claros dos próprios comitês, falta de prestígio com a direção hospitalar, predomínio dos médicos na análise de problemas e solução de casos sem que os membros estejam suficientemente capacitados. Como solução para o fortalecimento e superação dos problemas, o autor sugere a formação de uma rede de Comitês de Bioética.

Vários motivos dificultam o funcionamento do Comitê de Bioética, destacando-se a desconfiança sobre suas funções e o desconhecimento de sua existência pelos demais membros da instituição (BONAMIGO *et al.*, 2016, p. 297). A falta de apoio do corpo clínico e a ausência dos membros nas reuniões constituem outros problemas enfrentados por alguns comitês de hospitais de menor porte (KAWAMURA, 2012). Essas deficiências, associadas ao desinteresse pela Bioética e à diminuição de atividades do Comitê de Bioética, constituem a Síndrome da Insuficiência de Crescimento (RIBAS RIBAS, 2006). Ações preventivas serão necessárias para encontrar um horário consensual que favoreça a presença dos membros às reuniões,

mantenha suas motivações e, dessa forma, evite a instalação dessa síndrome. A divulgação dos componentes do Comitê no *site* do hospital contribui para o aumento de conhecimento de sua existência (BONAMIGO *et al.*, 2016, p. 297). No entanto, sem algum tipo de valorização governamental, que foi fundamental para o desenvolvimento em hospitais dos Estados Unidos, será bastante difícil incentivar o pleno funcionamento dos Comitês de Bioética no Brasil. A Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina preparou um projeto de Recomendação para incentivar a criação e funcionamento de Comitês de bioética no Brasil, sobretudo nas instituições de assistência à saúde. Essa Recomendação foi recentemente aprovada sob o n. 8/2015, que "Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética." Essa aprovação constitui mais um importante passo em direção à implantação de Comitês de Bioética em nosso país.

O Comitê de Bioética precisa de visibilidade na instituição para ter êxito. Sua secretaria precisa estar acessível aos profissionais que queiram encaminhar consultas. Às vezes, nos casos urgentes, um pequeno grupo do Comitê pode dar o parecer inicial e posteriormente discutir o assunto em reunião (KIPPER; LOCK; GAUER, 2008, p. 204). Essa estratégia agiliza a deliberação de assuntos que não podem esperar pela reunião ordinária do comitê. Essa disponibilidade também vai divulgar a existência do comitê e facilitar sua aceitação.

Existem algumas formas de deliberação. A forma de deliberação do Comitê de Bioética, que será a seguir descrita, foi proposta pelo professor espanhol Diego Gracia, por ser a que mais se adapta à Bioética atual.

### 12.3.1 Deliberação moral: problemas e dilemas

Existem três modelos de ensino em Bioética: deontológico, pragmático e deliberativo (SIQUEIRA, 2008, p. 25-33). O modelo deontológico, que

apenas ensina o teor das normas, não é compatível com a Bioética. O modelo pragmático, que se fundamenta nos princípios bioéticos, é prático, mas deixa de considerar valores individuais. O modelo deliberativo tanto respeita as normas quanto os princípios e, como aperfeiçoamento, utiliza o método dialógico, respeitando os valores de todos os envolvidos no processo de decisão. Por essa breve introdução, percebe-se a importância fundamental da deliberação para a Bioética.

Alguns termos, que fazem parte do processo de deliberação moral em Bioética, serão previamente definidos:

- a) conflito: é o choque entre dois elementos incompatíveis (ocorre em dilema);
- b) problema: consiste na existência de diversas soluções possíveis em que várias podem estar corretas. É a fórmula ideal para a deliberação de casos morais;
- c) deliberação: é o processo de ponderação dos fatores que intervêm em um ato ou situação concreta, a fim de buscar a solução ótima ou, quando isso não for possível, a menos lesiva. Em conflito moral, há, pelo menos, cinco cursos de ações possíveis, a ação ótima geralmente não se encontra nos extremos, embora haja exceções (GRACIA, 2001);
- d) dilema: consiste na existência de somente duas possíveis alternativas excludentes entre si, ou seja, somente uma pode estar correta. Um exemplo comum de dilema ocorre em fim de vida quando os profissionais ficam em dúvida sobre o momento de desligar ou não desligar os aparelhos que mantêm vivo o paciente em estado terminal.

### 12.3.2 Passos para a deliberação

Ao receber uma consulta, os seguintes passos são observados pelo Comitê de Bioética para a análise e decisão – adaptado de Gracia (2001):

- a) apresentação do caso e identificação do consulente;
- b) discussão dos aspectos médicos;
- c) identificação dos problemas morais: que nos perguntam? É da nossa competência?
- d) cursos de ação possíveis: identificar as condutas extremas, as intermediárias e reconhecer a conduta ótima;
- e) o melhor, ou os melhores cursos de ação, que consiste na conduta ótima, será escolhido como decisão;
- f) prova de consistência: a conduta ideal é legal? É publicável? Se fosse possível esperar horas ou dias, a decisão seria a mesma?

O quinto item exige maior preparo de seus membros para identificação dos cursos de ação possíveis que são, pelo menos, cinco: dois extremos e três ou quatro intermediários. Entre esses cursos de ação, o comitê vai adotar a conduta "ótima", aquela que se apresenta como a mais adequada para a solução do conflito. Pela sua praticidade e eficácia, o método de Diego Gracia parece satisfatoriamente prático, objetivo e de fácil aprendizado para ser adotado pelos Comitês de Bioética em nosso país.

A decisão do Comitê de Bioética é consultiva, cabendo ao profissional que assiste o paciente adotá-la ou não. No entanto, deve ser considerado que uma decisão colegiada tem força tanto no âmbito ético quanto no jurídico.

Urbiolla Marcilla (2005) apresenta uma metodologia similar de deliberação que foi utilizada pelo Comitê de Bioética do Hospital Virgen Del Camino de Pamplona (Navarra), durante o período de 1997 a 2004. Nesse período, o comitê participou da revisão de documentos da instituição, formação bioética e fez a análise de conflitos morais utilizando os seguintes passos:

- a) leitura do caso e respostas aos esclarecimentos;
- b) revisão dos aspectos sociais, psicológicos e familiares;

- c) identificação e análise dos problemas;
- d) resolução dos problemas técnicos e éticos.

De maneira análoga, o médico ou outro profissional de saúde também pode utilizar esses passos, naquilo que é possível, como guia para sua deliberação no relacionamento individual com o paciente.

Outro aspecto a ser mencionado refere-se à responsabilidade. Os Comitês de Bioética adotam deliberações, mas respondem juridicamente por esse posicionamento? E seus membros podem ser responsabilizados por essa deliberação?

Sgreccia (2009, p. 320) observa que o parecer emitido por um comitê não é vinculativo e esse aspecto justifica a exclusão de responsabilidade. Por outro lado, a finalidade da deliberação é prestar informações a quem solicitou, de maneira colegiada, dando amparo ao profissional que aceitar essa deliberação, mas sem obrigá-lo. Dessa forma, não se vislumbra que uma deliberação apresentada como sugestão, normalmente, possa causar danos e implique responsabilidade ao comitê ou a seus membros.

## 12.4 ESTADOS DA MENTE NA TOMADA DE DECISÃO

A Bioética é a consciência da ciência. A consciência é o juízo prático para distinguir o bem do mal. O mecanismo de distinção é executado através da mente que, na busca da verdade das coisas, pode reagir de cinco maneiras distintas: certeza, dúvida, opinião, fé e erro. Essas maneiras constituem os estados da mente ante a verdade. A maioria desses estados pode manifestar-se durante uma deliberação. A seguir, será abordado sucintamente cada um dos estados da mente diante da realidade.



### 12.4.1 Certeza

A certeza, segundo Husserl, “é a vivência da evidência.” Nesse estado, não há na mente qualquer dúvida ou hesitação sobre o objeto ou conteúdo que apreende. Assim, certeza é o estado da mente que corresponde à verdade, entendendo-se esta como: “[...] certa adequação do entendimento com a coisa entendida ou significada.” (AQUINO, 2009).

### 12.4.2 Dúvida

Dúvida é “a flutuação entre a afirmação e a negação de uma determinada proposição, sem inclinar-se para nenhuma alternativa.” (autor desconhecido). Dúvida também é o “método de conhecimento que tem por objetivo descobrir a verdade, consistindo em considerar provisoriamente como falso tudo aquilo cuja verdade não se encontra assegurada.” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2011, p. 80). Nesse estado, a mente não tem certeza do objeto ou conteúdo que apreende. Essa incapacidade de determinação impede a decisão a favor ou contra alguma coisa.

### 12.4.3 Opinião

Opinião é a aceitação da verdade de uma parte da contradição com temor da verdade oposta. Segundo Kant (apud JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999, p. 201), opinião “[...] é o fato de considerar-se algo como verdadeiro, tendo-se, no entanto, consciência de uma insuficiência subjetiva ou objetiva desse juízo.” A opinião, às vezes, inclina-se mais para uma parte da contradição, porém as razões que a impelem não sustentam suficientemente tal entendimento para que se pronuncie totalmente em tal sentido.

## 12.4.4 Fé

É um tipo de certeza que pode não ser verdade. É a verdade movida pela vontade. Consiste em “[...] ligar-se, a partir de uma testemunha ou autoridade indiscutível, a algo com o qual nos comprometemos.” Segundo Aquino (apud JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999, p. 100), a fé encontra-se “[...] fora das ciências filosóficas que a razão perscruta.”

## 12.4.5 Erro

Erro “é afirmar o falso como verdadeiro.” É a ausência do saber, ignorância, privação do conhecimento. É uma afirmação tida como verdadeira que não se conforma com as regras lógicas da verdade (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1999, p. 86). Em resumo, erro é o estado da mente que considera o falso como verdadeiro.

## 12.5 PRÁTICA DE DELIBERAÇÃO DE CONFLITOS MORAIS

Para essa prática, foram consultados o modelo utilizado pelo professor Diego Gracia, já descrito na primeira parte deste capítulo, um artigo publicado por Zoboli (2013) e o livro *Bioética Narrativa*, de Moratalla e Grande (2013, p. 140 e seguintes). Esses exemplos servem como guia prático para orientar o processo de deliberação a ser utilizado pelos Comitês de Bioética na tomada de decisão sobre conflitos morais. Também pode auxiliar diretamente o profissional em sua atividade prática. Sempre que possível, o conflito moral deve ser equacionado na forma problemática, abrindo-se um considerável leque de alternativas para evitar

as desvantagens do dilema. A seguir, utilizando-se a metodologia descrita, serão apresentados os processos de deliberação sobre dois hipotéticos conflitos morais utilizados em sala de aula.

### 12.5.1 Caso 1: Solicitação de amputação de membros paralisados

Um médico recebeu de uma paciente um pedido de amputação parcial de membros inferiores, paralisados há longa data e encaminhou a consulta ao Comitê de Bioética do Hospital para orientação. A paciente informou-lhe que é atleta de jogos paraolímpicos na modalidade basquete com cadeira de rodas e o peso das pernas paralisadas dificulta seus movimentos.

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos diz em seu artigo 3: “b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.” O Tópico relacionado: Portaria MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, que Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, dá ao paciente “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto.” O artigo 1º do Código de Ética Médica veda ao médico: “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.”

O Princípio Fundamental XXI do Código de Ética Médica diz: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.”

### Processo de deliberação moral:

- a) deliberação sobre os fatos: apresentação do problema e análise dos fatos;
- b) deliberação sobre os valores: identificação dos valores em jogo e o problema moral fundamental a ser analisado que é a autonomia da pessoa e seus limites;
- c) deliberação sobre os deveres. Identificação dos cursos de ação extremos (as duas alternativas extremas): realizar ou não realizar a amputação;
- d) identificação dos cursos de ação intermediários (as alternativas intermediárias em relação às extremas): buscar orientação psicológica, reunir-se com os familiares, encaminhar para segunda opinião, analisar as consequências da amputação e possibilidade de "dor fantasma", ouvir especialista sobre a consequência de sua participação em competições esportivas;
- e) escolha do curso de ação ótimo (solução ótima): adotar uma ou mais ações intermediárias para posterior decisão que pode ser pelo atendimento ou não do pedido da paciente;
- f) teste da consistência. É legal? Publicaria a deliberação adotada? Se pudesse esperar mais alguns dias, adotaria a mesma decisão? Responder a cada um dos questionamentos.

## 12.5.2 Caso 2: Autonomia em cesarianas

Médico obstetra de um hospital de grande porte encaminhou consulta ao Comitê de Bioética em relação à solicitação de cesariana eletiva a pedido de uma paciente do SUS. Embora o CFM considere ético o atendimento da vontade da gestante, sua dificuldade relaciona-se à norma n. 368/2015 da ANS, a qual considera que a indicação de parto

não normal somente pode ocorrer quando houver um "imperativo". Como há direitos do paciente e do médico envolvidos, solicita posicionamento do Comitê de Bioética.

Subsídios: Res. ANS 368/2016 Art. 8º. Parágrafo único. Nos casos em que, por imperativo clínico, o partograma não for utilizado, este deverá ser substituído por um relatório médico detalhado. A Res. ANS 398/2016 diz que o médico deve "esclarecer à gestante acerca dos riscos e benefícios da cesariana e do parto normal" e comprovar em relatório.

Artigo 31 do mesmo Código que diz: É vedado ao médico: "Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte."

O artigo 5 da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos diz: "Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais."

A Res CFM 2.144/2016 diz: Art. 3º. "É ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional."

Processo de deliberação moral:

- a) deliberação sobre os fatos: apresenta-se o problema e analisam-se os fatos;
- b) deliberação sobre os valores: identificar os valores em jogo e o problema moral fundamental a ser analisado que, no caso, é a autonomia da gestante e do médico, respectivamente no pedido e indicação de cesariana;

- c) deliberação sobre os deveres: identificar os cursos de ação extremos (as duas alternativas extremas) que são: atender o pedido de cesariana e não atender;
- d) identificar os cursos de ação intermediários (as alternativas intermediárias entre as extremas): esclarecer com mais detalhes à paciente sobre os riscos e benefícios de cada procedimento, ouvir segunda opinião, solicitar avaliação psicológica, realizar reunião com os familiares;
- e) apresente o curso de ação ótimo (solução ótima): nesse caso, poderia atender ao pedido da gestante após esclarecer com detalhes os riscos e benefícios de cada procedimento;
- f) faça o teste da consistência. É legal? Publicaria a deliberação adotada? Se pudesse esperar mais alguns dias, adotaria a mesma decisão? No caso, a resposta é positiva para cada questão.

### 12.5.3 Caso 3: Recusa de tratamento

Médico consulta Comitê de Bioética sobre paciente com distrofia muscular de Duchene que está prestes a apresentar paralisia respiratória. O paciente, que conhece bem a evolução de sua doença, não aceitou se submeter à ventilação mecânica. Por sua vez, o médico não aceitou essa decisão do paciente, alegando problemas éticos. A família pede o posicionamento urgente do Comitê.

Processo de deliberação moral:

Após a análise dos fatos e dos valores em jogo, escolhe-se o problema moral a ser deliberado que é recusa de tratamento indicado com fundamento no princípio da autonomia.

- a) Na análise dos deveres, os cursos de ação extremos (alternativas extremas) são os seguintes: entubar para ventilação mecânica, não entubar;

- b) entre os cursos de ação intermediários (alternativas intermediárias), podem ser cogitadas as seguintes condutas: adotar somente cuidados paliativos, sem entubar para ventilação mecânica; dar alta da UTI e continuar o tratamento clínico hospitalar; chamar a família ou seu representante para uma decisão conjunta; dar alta hospitalar e fazer o atendimento domiciliar.

Em um caso real semelhante ocorrido na Argentina, a decisão judicial foi pela preservação da autonomia do paciente, atendendo ao seu pedido. Contudo, o curso de ação ótimo (solução ótima) costuma estar entre os cursos de ação intermediários em que não se entuba, por exemplo, mas se oferecem os cuidados paliativos, por isso essas soluções são as mais frequentes em deliberação moral. A instalação de ventilação mecânica prolonga a vida do paciente, mas em condições precárias. A falta de ventilação mecânica trará desconforto que precisa ser tratado. Daí a importância de serem mantidos os cuidados paliativos durante a agonia. A prova da consistência é feita como nos casos anteriores.

#### 12.5.4 Caso 4: recusa de transfusão de sangue

Médico consulta comitê sobre paciente que foi internado em seu nome pelo plantonista do Pronto Atendimento com indicação de transfusão sanguínea. Está com os sinais vitais compensados, mas precariamente. O paciente, mentalmente capaz, tem indicação de transfusão sanguínea, mas nega-se terminantemente a recebê-la por motivos religiosos. O médico precisa de uma definição.

Processo de deliberação moral:

Após a apresentação dos fatos, identifica-se o problema moral a ser deliberado que é a recusa de tratamento com amparo do princípio da

autonomia e necessidade de tratamento com fundamento no princípio da beneficência.

- a) Na análise dos deveres, identificam-se os cursos de ação extremos: transfundir sangue mesmo sem concordância do paciente, não transfundir independentemente da evolução do paciente;
- b) cursos de ação intermediários: transferir para hospital preparado para tratamento sem sangue, transferir para colegas treinados em tratamento sem sangue, prescrever pessoalmente o uso de substitutos do sangue, esclarecer à família que poderá transfundir na última hora, equilibrar o quadro com tratamentos sem sangue e depois decidir com a família e o paciente.

Da mesma forma que na situação anterior, o curso de ação ótimo dessa deliberação está entre os intermediários. A prova da consistência é feita como nos casos anteriores.

### 12.5.5 Caso 5: Infanticídio (fonte: Cremesp)

Profissional de Saúde do interior do Brasil encaminhou consulta ao Conselho Regional de sua jurisdição, já que sua instituição hospitalar havia atendido uma gestante indígena que havia tido filhos gêmeos. Ocorre que, em caso de parto gemelar, a tribo indicava o sacrifício obrigatório de um deles, a ser realizado pelos próprios pais, quando voltassem, já que manter os dois vivos traria desgraças à tribo. Caso houvesse a iniciativa da instituição hospitalar de ficar com um dos filhos na instituição, a tribo obrigaria os pais a eliminar o outro, por meio de enterramento vivo, quando retornassem à sua casa. Caso entregasse os dois filhos, um deles seria sacrificado por exigência do cacique e demais membros da tribo. Solicita-se orientação de como proceder. Entregar ambos?



## 12.5.6 Caso 6: Pedido de internamento de paciente jovem e idoso com UTI lotada

Um paciente jovem, com 25 anos (paciente 1) e um paciente idoso, com 67 anos (paciente 2), ambos sem doenças prévias, chegam ao Pronto-Socorro em estado grave por afecção por Covid-19. Após o primeiro atendimento, conclui-se que ambos têm chances de sobreviver se for disponibilizado um leito na UTI. Solicitam internamento urgente na UTI. A UTI está com os cinco leitos ocupados por pacientes portadores de doenças diversas, sendo possível admitir somente um. Então, precisam decidir qual dos dois internar (paciente 1 ou 2), mas buscam a justificativa moral mais convincente. Solicita-se fazer a deliberação moral.

## 13 COMO DAR MÁS NOTÍCIAS AO PACIENTE E ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES NA COMUNICAÇÃO

Quando se trata de comunicar más notícias a um paciente sobre assuntos referentes à sua saúde, dizer a verdade é uma tarefa, ou quiçá uma arte, bastante delicada. Quem recebe má notícia dificilmente esquece onde, quando e como esta lhe foi comunicada (LIMA, 2003). Quem a comunica tem a obrigação de diminuir significativamente seu impacto negativo por meio de técnicas de informação adequada. As faculdades de Medicina pouco ensinam sobre o assunto, mesmo no exterior (GÓMEZ SANCHO, 2006). A arte de bem informar consiste em seguir algumas técnicas especiais que vão desde os cuidados prévios para a comunicação em ambiente adequado até a observância das orientações gerais recomendadas por estudiosos do assunto.

### 13.1 HISTÓRICO E DEFINIÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A preocupação sobre como dizer a verdade ao paciente inicia com a própria história da Medicina. Dietrich Engelhardt (2004, p. 177) faz um breve resumo da evolução da comunicação de más notícias ao paciente através dos milênios que, em síntese, apresentaremos a seguir. Referente à Idade Antiga, observa que no *Corpus Hippocraticum* constam algumas passagens recomendando que o médico, além de dar atenção e respeito necessário ao paciente, não o pode trair por meio da ocultação da verdade.

Na Idade Média, houve um grande desenvolvimento das virtudes humanas, fato esse que favoreceu o maior respeito ao paciente. A prestação de assistência e o oferecimento de informação aos moribundos constituíam um ideal obrigatório a ser cumprido pelos profissionais. Em algumas

oportunidades, considerava-se que o sofrimento do enfermo se comparava ao de Cristo. O médico deveria praticar a virtude da compaixão: adoecer com o doente e chorar com o doente.

Na Idade Moderna, o progresso científico mudou alguns conceitos. O paciente tinha mais liberdade de querer ou não saber a verdade. Às vezes, considerava-se certo ocultar temporariamente a verdade. Nesse sentido, constam orientações de que o médico deve estar atento àquilo que o paciente quer e suporta saber. O autor relata a história de um paciente do conceituado médico Bilroth que se suicidou atirando-se pela janela do hospital, imediatamente após receber a comunicação de maneira pouco adequada sobre ser portador de câncer.

O desejo de informação aumentou progressivamente com a autonomia do paciente. No entanto, estudos das décadas de 1970 a 1990 demonstraram que ainda existem pacientes que não querem ser informados sobre doenças com risco de morte.

Por definição, más notícias são aquelas que modificam de forma radical e negativa as expectativas de futuro do paciente (GÓMEZ SANCHO, 2006, p. 43). A expressão "más notícias" não se refere somente àquelas relacionadas ao paciente terminal ou com doença muito grave. São as pequenas más notícias, aquelas do dia a dia da maioria das especialidades, que, pela sua frequência, estão a merecer mais atenção e a exigir maior habilidade de informação por parte do médico. O objetivo da informação adequada tanto possui o objetivo de não traumatizar o paciente, preservando sua dignidade, quanto de tornar o significado do encontro médico-paciente ainda mais nobre e beneficente para sua vida.

A Medicina constitui-se de ciência e valores. Isso implica duplo preparo do médico: científico e humanístico. A tecnologia invadiu a Medicina e, nesse conflito entre ciência e valores, a informação consiste em um ato eminentemente humano. O médico precisa da tecnologia assim como

precisa de formação humanística como requisito para alcançar o equilíbrio no oferecimento da informação.

## 13.2 ETAPAS NA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

A comunicação de más notícias não é um momento, mas um processo (DUCH, 2008, p. 49). O procedimento começa pelos cuidados prévios e continua mediante várias etapas de verificação e informação gradual que serão especialmente tratadas.

Uma estratégia consagrada na literatura e bastante prática para a revelação de notícia de câncer ao paciente é o Protocolo Spikes (BUCKMAN, 2000), também utilizado para a revelação de outros diagnósticos. Uma pesquisa comparando estudantes que não havia com os que já haviam tido a abordagem sobre más notícias concluiu que o uso do Protocolo Spikes foi relevante para a aquisição dessa competência (FREIBERGER *et al.*, 2019).

O Protocolo Spikes é um guia didático que facilita a comunicação de más notícias pelo profissional. O termo Spikes consiste nas iniciais dos seis passos preconizados para a revelação da verdade ao enfermo:

- a) S (*Setting*): preparo da entrevista;
- b) P (*Perception*): descobrir o que o paciente sabe;
- c) I (*Invitation*): identificar o que o paciente quer saber;
- d) K (*Knowledge*): oferecer a informação ao paciente;
- e) E (*Emotions*): responder às reações do paciente com empatia;
- f) S (*Strategy and summary*): após o resumo, planeja-se o plano estratégico de tratamento.

Em cada um dos passos, o Protocolo faz recomendações especiais, as quais serão desenvolvidas na continuação.

### 13.2.1 S (*Setting*): preparo da entrevista

O médico deve estar seguro e sereno, e o local da comunicação deve ser o mais tranquilo possível. A comunicação em corredores, devido às possibilidades de interferências, deve ser evitada. Os telefones celulares devem estar de preferência desligados. Se o paciente estiver hospitalizado, é recomendável falar baixo ou separá-lo do ambiente coletivo. A comunicação por telefone não está recomendada.

Existe um consenso de que a notícia deve ser dada pelo médico assistente (BASCUÑAN; ROIZBLATT; ROIZBLATT, 2007) ou por aquele em quem o paciente mais confia. A atenção ao paciente deve ser máxima, buscando-se evitar a dispersão.

### 13.2.2 P (*Perception*): descobrindo o que o paciente sabe

Esse passo do protocolo Spikes é o cumprimento do princípio perguntar antes de contar. Algumas perguntas recomendadas pelo Protocolo são: "O que você pensou que estava acontecendo com você quando sentiu...?" "Você está preocupado que possa ser algo sério?" Se o paciente fala primeiro o seu problema, descoberto por intuição, a comunicação será bem menos traumática.

### 13.2.3 I (*Invitation*): identificando o que o paciente quer saber

Nem todos os pacientes querem conhecer todos os detalhes da sua doença. As perguntas exploratórias apresentadas pelo protocolo são: "Você é do tipo de pessoa que prefere saber detalhes sobre o que está acontecendo?"

“Você gostaria que eu lhe revelasse detalhes sobre o que está acontecendo ou preferiria somente saber os tratamentos que eu lhe vou propor?” Com essas perguntas, será possível captar aquilo que o paciente quer saber e com que intensidade.

### 13.2.4 K (*Knowledge*): oferecendo a informação ao paciente

As más notícias devem ser precedidas de um alerta para que o paciente possa se preparar psicologicamente. Exemplos de abordagens de alerta, segundo o protocolo: “Infelizmente, eu tenho algumas más notícias para contar.” “Sra. Smith, perdoe-me para o que lhe contarei.” Nesse momento, o médico já possui informações suficientes para oferecer a verdade tolerável e não revelar toda a verdade a qualquer custo. O paciente possui intuição, pois supõe seu diagnóstico e interage com as informações. Às vezes, é preciso dar tempo ao seu mecanismo adaptativo.

### 13.2.5 E (*Emotions*): respondendo às reações do paciente com empatia

Os seguintes passos são apresentados pelo Protocolo Spikes:

- a) Passo 1: ouça e identifique a emoção. Se você não tem certeza, pergunte: “O que isso lhe faz sentir?” Ou: “O que você acha do que eu lhe disse?”
- b) Passo 2: identifique a causa ou origem da emoção, que é mais provável que seja a má notícia.

- c) Passo 3: mostre a seu paciente que você fez a ligação entre os dois passos anteriores, ou seja, que você identificou a emoção e a sua origem.

A empatia é exatamente demonstrar que entendeu o contexto do paciente e comparte de sua emoção.

### 13.2.6 S (*Strategy and Summary*): resumindo o plano estratégico de tratamento

Nessa fase, convém evitar fugir das respostas. Assim, tratamentos alternativos não podem ser descartados. A resposta "Não há nada a fazer" é um dano em si mesmo. Lembrar que o ser humano tem também uma dimensão espiritual e outros enfoques que podem ser explorados. A esperança não pode se extinguir completamente.

Antes de terminar, é preciso resumir as informações de sua discussão e dar ao paciente uma oportunidade de expressar suas preocupações ou formular perguntas. A comunicação de más notícias, de grande ou pequeno porte, exige que se fale em etapas e não em prazos. No planejamento, o passo seguinte vai depender do atual, e isso deve ser dito ao paciente. Evitar datas exatas. Viver o dia a dia e mudar os objetivos de acordo com os resultados.

Uma palavra mal utilizada pode causar danos. Sobre esse aspecto, para que a comunicação da verdade seja menos traumática, no momento de pesquisar aquilo que o paciente já sabe (*I Invitation*), é prudente induzi-lo a falar por primeiro o diagnóstico de seu problema. A intuição favorece o processo de comunicação.

Durante a informação (*K Knowledge*), cuidado com a utilização de palavras dissonantes, como "morrer", "incurável", "câncer" e outras

que produzem a sensação de medo e de fim de vida iminente. Às vezes, é necessário utilizar maneiras especiais de comunicação. Essa linguagem é classificada como “eufemismo médico”. Segundo Tapajós (2007b):

Na linguagem verbal são utilizados eufemismos médicos. Quando comunicam notícias ruins, os médicos podem sentir-se tentados a substituir palavras como “câncer” por outras como “neoplasia” ou “tumor”. Nos discursos médicos, a infecção pelo HIV/AIDS, freqüentemente, é reduzida a sua condição de “doença crônica”, assim comparável à hipertensão arterial. Esses eufemismos tentam amenizar a sintaxe das notícias ruins com a intenção de amenizar a sua semântica.

O eufemismo bem utilizado não pode ser interpretado como tentativa de engano ou mentira, mas como uma estratégia de gradualidade, que é o caminho que vai conduzir à revelação total e não traumática da verdade. Nesse aspecto, a ansiedade ou o despreparo do médico em comunicar a verdade a todo custo podem ser interpretados como uma forma de agressão ao paciente. Muitos exemplos são contados pelos próprios pacientes a respeito das más experiências no recebimento de informação médica transmitida de forma inadequada, por exemplo, revelação errônea do tempo de vida remanescente ao paciente terminal sem que tal pergunta tenha sido inicialmente feita por ele ou por seus familiares.

Em situação de grave comprometimento do paciente, seja orgânica, seja vital, os tratamentos alternativos não podem ser descartados durante o diálogo informativo, principalmente se os métodos normais já não estão recomendados por falta de efeitos. É a resposta “não há nada a fazer” que se quer evitar, sempre que possível, por ser um dano em si mesmo. Lembrar também, nos casos de comprometimento vital, que o ser humano possui dimensão espiritual com enfoques de ordem transcendental. A esperança do paciente, na sua forma absoluta, jamais poderá ser extinta. Portanto, como meta, é necessário ter em mãos algo para oferecer, para não desenganar.



## 13.3 CUIDADOS PARALELOS NA COMUNICAÇÃO DA VERDADE

Existem duas situações que merecem especial atenção na comunicação da verdade ao paciente: a manutenção da esperança e a forma de responder a perguntas difíceis.

O que é esperança? Esperança é a expectativa de um bem; o alcance de uma meta. Há vários tipos de esperança: encontrar uma. Aquilo que mais deve ser evitado: tirar a esperança. Disse Samuel Johnson: "Esperança é, em si mesma, uma espécie de felicidade e quiçá seja a máxima felicidade que proporciona o mundo." Uma coisa é certa: um paciente colaborativo, esperançoso e feliz vive mais tempo ou se recupera mais rapidamente.

Muitas vezes, o paciente faz perguntas difíceis que são verdadeiras armadilhas. O paciente pede, por exemplo: o que está acontecendo comigo? Por que a mim? Vou sair dessa? Vou melhorar? Tem tratamento? Eu vou morrer? Vou sofrer? O que será da minha família? Em termos gerais, não há respostas mágicas ou prontas. É conveniente estabelecer metas e cumpri-las. Seguir o esquema de informação e buscar a esperança. No entanto, algumas respostas devem ser, em princípio, evitadas e algumas perguntas podem ser feitas.

Como já mencionado, nas respostas é preciso ter cuidado com as palavras: "câncer", "incurável", "morte". Sobre câncer, lembrar que é curável em 40% dos homens e em 50% das mulheres. Nas etapas iniciais, busca-se a cura. Nas etapas finais, os cuidados paliativos. Outro aspecto é que não se deve desqualificar a queixa, dizendo, por exemplo: "Todos vamos morrer um dia." Melhor seria perguntar: "Alguém não tem medo da morte?" Aquilo que o paciente interpreta pode não coincidir com a realidade, por isso vale a pena perguntar: "O que entende por 'câncer'?" "O que entende por 'trombose'?" A resposta pode não refletir a realidade da doença.

Algumas respostas comumente usadas são inadequadas. É comum alguém responder ao paciente: "É vontade de Deus" ou "Deus dá somente o que podemos suportar" ou ainda "Deus prova aqueles a quem ama". Tais respostas não consolam e despertam a ira contra Deus. As causas de certos sofrimentos nem sempre são compreensíveis e, muitas vezes, não há uma razão diretamente correlacionada àquele sofrimento. Quando não existe explicação, o silêncio pode ser a melhor resposta (PESSINI, 2005, p. 60-64).

Algumas vezes, o silêncio é importante. Em outras, devemos informar, porém com serenidade. Quando a informação a ser oferecida é importante, aumenta naturalmente a responsabilidade de informar. Por isso, quanto mais preparado estiver o informante para o ato, melhor. O sucesso da informação também depende do equilíbrio do informante em lidar com suas próprias emoções (SILVA, 2008, p. 38-39).

## 13.4 OS DETALHES: O OLHAR, O TOQUE E A FAMÍLIA

O olhar é um componente importante da comunicação. O olhar dirigido para baixo deve ser evitado, pois isso, em princípio, significa que o médico sabe a verdade e não tem a capacidade de dizê-la. O olhar dirigido para cima ou desvio para os lados significa que o médico não sabe ou não sabe como dizer. Ainda assim, é interpretado como "menos ruim". O olhar ideal é: olhos nos olhos, com médico bem-preparado e tranquilo, em local ideal. Um toque esporádico na mão ou no ombro é interpretado como uma manifestação de apoio. O choro do paciente, que precisa dentro do possível ser evitado através da comunicação adequada, deve ser respeitado e não inibido (LEAL, 2003). Contudo, no momento do choro, o olhar deve ser desviado, pois ninguém gosta de ser observado nessa condição.

É preciso atender também à família e, quando for o caso, promover a reconciliação familiar. O paciente precisa ser ajudado a superar a autopunição

(sensação de passado desastroso), quando existente, valorizando aquilo que foi feito. Isso, como ocorreu no filme *Invasões Bárbaras*, vai conduzi-lo ao aumento da autoestima, sensação de realização pessoal e aceitação da morte com serenidade.

## 13.5 FASES DO PACIENTE AO RECEBER A NOTÍCIA

Outro aspecto a ser observado durante o acompanhamento é a fase em que está o paciente após receber a má notícia. Normalmente, passa por cinco fases: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

A fase de negação caracteriza-se pelos seguintes aspectos: o paciente evita discutir e pensar sobre morte. Essa reação tem função protetora. Nessa fase, muitas vezes, não se deve dizer toda a verdade, mas somente a verdade tolerável, uma vez que não se deve mentir. A negação deve ser respeitada sem reforçá-la por meio do manejo de expectativas.

Após a negação, advém a irritação, a agressividade, a raiva, a frustração pessoal, o ressentimento, o medo da incerteza e da dor. Nessa fase, convém não fazer críticas, nem ameaças. A ira ajudará o paciente na sequência de seu atendimento. Não é recomendado sedar o paciente além do necessário para permitir a evolução dessa fase.

A seguir, vem a depressão. A aparência do paciente fica mais tranquila. É a negociação com Deus. Essa etapa é favorável à assistência espiritual e às segundas opiniões. Cuidado com o messianismo, que é dizer aquilo que o paciente quer ouvir.

Tempo para o paciente estar só. É uma fase de adaptação. Reconhece a separação definitiva. Nessa etapa, aconselha-se resolver os assuntos pendentes. É o tempo para expressar emoções e despedidas. A família e o pessoal sanitário costumam lutar contra essa etapa. O melhor é escutar.

Finalmente vem a aceitação. O paciente contempla o seu próprio fim em silenciosa espera. Manifesta desprendimento e desinteresse para com a dor da família. Médicos e familiares precisam entender essa fase.

## 13.6 RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E NACIONAIS

### 13.6.1 Declaração da Associação Médica Mundial

A Declaração sobre os Direitos do Paciente, de 1995, diz em seu artigo 7:

c) A informação deve ser dada de maneira apropriada a sua cultura e de tal forma que o paciente possa entender; [...] d) O paciente tem o direito a não ser explicitamente informado a seu respeito [...]; e) O paciente tem o direito de escolher qual dos seus familiares deve ser informado. (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1995).

Dessa forma, a entidade médica preocupa-se com a compreensão do paciente, com o seu direito de não ser informado, além da possibilidade de transferir o recebimento da informação a um familiar, algo que não é incomum.

### 13.6.2 Código de Ética Médica

Conforme o artigo 34 do Código de Ética Médica (2018), é vedado ao médico:

Deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu responsável legal.

Em princípio, o paciente recebe a informação, mas esse artigo reforça a possibilidade de transferir a informação da verdade a um familiar quando existem justificativas para tal.

### 13.6.3 Resolução da Associação Médica Mundial sobre Genética e Medicina

O avanço na ciência genética trouxe complicações para a privacidade individual. Um exame genético pode revelar doenças futuras prejudiciais aos seus interesses. O médico precisa estar especialmente preparado para esses novos desafios. Nesse sentido, a Associação Médica Mundial (2005) assim se manifestou:

Debido a la complejidad científica de los exámenes genéticos y a las consecuencias prácticas y emocionales de los resultados, la AMM considera que es muy importante entregar educación y formación a los estudiantes de medicina y los médicos sobre la orientación genética, en especial la orientación relacionada con el diagnóstico presintomático de la enfermedad.<sup>51</sup>

Aos estudantes de Medicina cabe receber a informação básica em genética adaptada aos novos tempos. Aos médicos em geral deve ser oferecida a possibilidade de atualização para incorporação desses novos conhecimentos que até recentemente não faziam parte da sua formação.

Um trabalho desenvolvido por Lech *et al.* (2013) com médicos de um hospital universitário mostrou que a maioria dos entrevistados transmitia más notícias aos pacientes com bastante frequência, mas 60% consideraram ruim ou muito ruim seu aprendizado durante a graduação. O Protocolo Spikes não era conhecido por 60% dos entrevistados, embora

<sup>51</sup> Devido à complexidade científica dos testes genéticos e às consequências emocionais e práticas dos resultados, a AMM considera que é muito importante oferecer educação e formação para estudantes de Medicina e médicos sobre aconselhamento genético, particularmente as orientações relacionadas ao diagnóstico pré-sintomático da doença.

a existência de um protocolo tenha sido considerada importante por 55% dos participantes. Esses achados apontaram para a necessidade de haver maior incentivo ao estudo da comunicação de más notícias aos pacientes durante a graduação médica.

A preocupação sobre informação não ocorre somente em assuntos de genética. A falta de formação para a comunicação de más notícias constata-se em assuntos cotidianos da Medicina tradicional (BASCUÑAN; ROIZBLATT; ROIZBLATT, 2007). A explicação para essa falha curricular consiste em que a maioria das sugestões se baseia no senso comum, na experiência e na intuição (CARRILLO; CARVAJAL; VILLASENOR, 2004).

## 13.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os passos do Protocolo Spikes constituem um guia prático e bastante utilizado para dar más notícias ao paciente. Segundo essa orientação, deve-se escolher um local tranquilo e o momento certo para o cumprimento desse dever de informação.

Primeiramente, é necessário perceber aquilo que o paciente já sabe, bem como aquilo que deseja saber. Oferecer a informação com gradualidade e suavidade. Durante a informação gradual, sondar aquilo que o paciente já sabe, o que quer saber e o que suporta saber e dar a informação desejada na medida certa. A empatia favorece o manejo das emoções. O planejamento de uma estratégia de ação direciona o paciente às próximas etapas de seu tratamento. Durante a assistência, é necessário reconhecer as fases do paciente, principalmente a de negação, e respeitá-la. Considerar que o estado psicológico do paciente influi em sua evolução clínica. Às vezes, é preciso fazer o paciente captar a existência de outra dimensão da vida humana: a espiritual.

## 13.8 ATIVIDADE PRÁTICA 1: DRAMATIZAÇÃO

Uma estratégia efetiva para o ensino da comunicação de más notícias ao paciente é a dramatização. De acordo com Anastasiou e Alves (2004, p. 89), a dramatização é uma representação teatral que se faz sobre determinado tema, podendo ser considerada uma forma especial de estudo de casos sobre relações humanas.

Em uma revisão de dezesseis trabalhos da literatura, quinze incluíam a dramatização como estratégia de ensino de como comunicar más notícias ao paciente (BONAMIGO; DESTEFANI, 2010). A simulação entre pares ou com pacientes simulados constitui um método bastante efetivo para o desenvolvimento de habilidades.

Referente à organização dessa dramatização, primeiramente são escolhidas as equipes com três a cinco alunos, que receberão o assunto a ser representado, bem como as orientações sobre as fontes de pesquisa com ênfase para o Protocolo Spikes. Após o planejamento do enredo e dos diálogos, a equipe poderá apresentar ao vivo ou gravar em vídeo para ser projetado na data determinada.

A comunicação dos seguintes assuntos pode ser dramatizada:

- a) diagnóstico de Aids ao cônjuge não infectado;
- b) trissomia do 21 à paciente gestante;
- c) presença de nódulo suspeito ou câncer de seio;
- d) metástase de câncer de pulmão;
- e) necessidade de amputação de membro;
- f) não resposta ao tratamento quimioterápico;
- g) morte do paciente durante cirurgia;
- h) diagnóstico de síndrome de Duchenne ou esclerose múltipla;

- i) perda fetal;
- j) suspensão de medidas extraordinárias em paciente terminal.

Também podem ser dramatizados fatos que não envolvem risco à vida do paciente, mas constituem uma perda importante ou causam preocupação: retinopatia diabética, diabetes, hipertensão arterial em paciente jovem, hiper ou hipotireoidismo, hérnia de disco, presença de pólipos intestinais.

Na avaliação, serão considerados o seguimento dos passos do Protocolo Spikes e a qualidade dos diálogos e da apresentação.

## 13.9 ATIVIDADE PRÁTICA 2: CINEMA

Uma forma bastante eficiente para o desenvolvimento de habilidades na revelação de más notícias ao paciente é a utilização de trechos de filmes que contenham uma cena de revelação de má notícia ao paciente. A atividade inicia-se com a revisão dos principais conceitos sobre revelação de más notícias e dos passos do Protocolo Spikes, os quais servirão de guia para a discussão. Após a projeção, os participantes apontam os aspectos positivos e negativos de cada passo da revelação.

### 13.9.1 Filme *Minha vida sem mim*

A observação dos minutos 11º ao 20º do filme *Minha vida sem mim*<sup>52</sup>, seguida de identificação dos principais erros e acertos feitos pelo médico durante a comunicação, constitui uma ótima oportunidade para o desenvolvimento da atividade prática. A cena é muito rica em contrastes e oportuniza aos alunos

<sup>52</sup> *Minha vida sem mim* (My life without me). Direção: Isabel Coixet. Países: Canadá e Espanha. Ano: 2003.



a possibilidade de comparar a conduta do médico com as orientações do Protocolo Spikes. Nessa cena, a participação do médico é exuberante, tanto em qualidades quanto em defeitos. Após a projeção dos passos do Protocolo Spikes e a projeção do trecho do filme, cada aluno vai identificar um aspecto positivo ou negativo da conduta do médico, enquadrando-o no respectivo passo do Protocolo Spikes e comentando a pertinência da conduta.

### 13.9.2 FILME *WIT – UMA LIÇÃO DE VIDA*

Outra cena interessante é o início do filme *WIT (Uma lição de vida)*<sup>53</sup>, em que o médico confirma o diagnóstico de câncer da paciente e dá os detalhes sobre o tratamento. Como o médico está preocupado somente em oferecer com exatidão o máximo de informações à paciente, a possibilidade de análise crítica de sua revelação é ampla pela riqueza de detalhes existentes nessa cena, tanto dos aspectos positivos quanto negativos, a serem identificados pelos participantes.

### 13.9.3 *Parada em Pleno Curso (Halt auf freier Strecke)*<sup>54</sup>

O trecho a ser utilizado é a cena inicial do filme em que o médico comunica o diagnóstico de doença muito grave ao paciente na presença de sua esposa. Para o médico, que é muito competente, parece que os sentimentos do casal são menos importantes do que seu dever de revelar os mínimos detalhes do diagnóstico, prognóstico e tratamento, suscitando a possibilidade de discussão sobre interessantes aspectos da revelação, positivos e negativos, a serem identificados pelos participantes e relacionados ao Protocolo Spikes.

<sup>53</sup> *Wit (Uma lição de vida)*. Direção: Mike Nichols. Estados Unidos. Ano: 2001.

<sup>54</sup> *Parada em Pleno Curso (Halt auf freier Strecke)*. Direção: Andreas Desen. França, Alemanha, 2001.

# 14 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO APLICADO À PESQUISA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

## 14.1 DADOS DA HISTÓRIA

Alguns fatos históricos foram relevantes para o desenvolvimento do Consentimento Livre e Esclarecido tanto no âmbito da pesquisa com seres humanos quanto na assistência à saúde do paciente.

Em relação à pesquisa, o Consentimento Livre e Esclarecido começou a ser decididamente valorizado com o advento do Código de Nuremberg aprovado pelo Tribunal de Nuremberg, em 1947, que diz em seu artigo primeiro: "O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial."

Nesse mesmo sentido, a Associação Médica Mundial aprovou a Declaração de Helsinque, em 1964, a qual assim se referiu sobre Consentimento Livre e Esclarecido: "3a - A pesquisa clínica em um ser humano não pode ser empreendida sem seu livre consentimento, depois de totalmente esclarecido; se legalmente incapaz, deve ser obtido o consentimento do responsável legal." Essa terminologia foi posteriormente adotada pelo Conselho Nacional de Saúde brasileiro para fins de obtenção do consentimento dos sujeitos de pesquisa. O respectivo documento foi denominado *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

Em 1978, surgiu nos Estados Unidos o documento *Belmont Report* como resultado do trabalho de uma comissão que analisou as pesquisas inadequadas do Caso Tuskegee. O documento traz que o sujeito deve ter o direito de decidir sobre sua participação ou não na pesquisa. Para tanto, o consentimento deve ser consciente e, para assim ser, precisa cumprir as seguintes condições: informação do pesquisador, compreensão e vontade do sujeito de pesquisa.

Em 1997, a Unesco aprovou o princípio do Consentimento Livre e Esclarecido em sua Declaração Universal sobre o Genoma Humano e Direitos Humanos mediante os seguintes termos que se referem à pesquisa genética: "5.b) Obter-se-á, sempre, o consentimento livre e esclarecido da pessoa. Se essa pessoa não tiver capacidade de autodeterminação, obter-se-á consentimento ou autorização conforme a legislação vigente e com base nos interesses da pessoa."

Com respeito ao paciente de assistência médica, a expressão Consentimento Informado (*Informed Consent*), amplamente utilizada no passado, surgiu de uma decisão da justiça norte-americana, em 1957. Houve um dano e na decisão o juiz entendeu que o médico deveria ter informado as possíveis complicações do procedimento, mesmo raras, ao solicitar o consentimento do paciente. Os termos "Consentimento Informado" foram posteriormente consagrados pelo uso.

No entanto, um caso emblemático havia ocorrido ainda no ano 1908 quando um médico de Nova York foi condenado por realizar histerectomia em uma paciente portadora de tumor benigno, sem consentimento (MUÑOZ; FORTES, 1998, p. 64). A paciente alegou que havia concordado em fazer o exame sob narcose, mas não autorizara o médico a retirar o útero. A paciente processou o médico (caso: *Schloendorff versus New York Hospital*). O juiz Benjamin Cardozo assim decidiu:

Todo ser humano com idade adulta e plena consciência tem o direito de decidir o que pode ser feito no seu próprio corpo, e o cirurgião que realiza uma operação sem consentimento do paciente comete uma agressão, pela qual é responsável pelos danos, exceto nos casos de emergência onde o paciente está inconsciente, e quando é necessário operá-lo antes que o consentimento possa ser obtido.

Trata-se evidentemente de uma decisão bastante avançada para uma época em que a autonomia do paciente se encontrava ainda pouco

desenvolvida no mundo e, mesmo nos Estados Unidos, que foi pioneiro em muitos aspectos de sua evolução.

Há alguns anos, a Unesco incluiu o dever do Consentimento Livre e Esclarecido na assistência médica em sua Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) com os seguintes termos:

Artigo 6º – Consentimento. a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Recomendação 1/2016, preparada pela Câmara Técnica de Bioética, a qual constitui um amplo e detalhado guia sobre a elaboração do Consentimento Livre e Esclarecido.

A finalidade do Consentimento Livre e Esclarecido é o oferecimento de informações para a livre decisão do paciente. O dever de informação é cada vez mais importante e já começa a ter seu valor intrínseco considerado no âmbito da Ética Médica. Nesse sentido, afirma França (2006, p. 96) que: “[...] em tese, a ausência de informações suficientes ao paciente ou aos seus representantes legais, sobre riscos ou resultados, visando uma expectativa de cura, pode caracterizar infração ética ou legal.” Tal interpretação permite supor que o valor da informação, feito por meio do Consentimento Livre e Esclarecido, é fundamental para o respeito à autonomia do paciente em seu sentido mais amplo.

No entanto, o desenvolvimento do Consentimento Livre e Esclarecido não está completo. O processo de expansão continua em nosso país e no mundo. O eminente médico e bioeticista espanhol Diego Gracia (2008, p. 173) afirmou recentemente que “[...] a questão do Consentimento Informado

do paciente, longe de encontrar-se completamente terminada, segue aberta para frente. É provável que não tenha feito senão começar." Essa afirmação decorre de alguns aspectos controversos que se contrapõem às qualidades do Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de um assunto em constante desenvolvimento.

## 14.2 DEFINIÇÃO E ELEMENTOS DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento Livre e Esclarecido é um processo de informação do profissional de saúde ou pesquisador seguido de decisão do paciente ou participante de pesquisa para autorizar ou não o procedimento proposto. Embora os termos "Consentimento Informado", importados dos Estados Unidos, estejam consagrados em assistência médica, a resolução CNS n. 466/12 prefere a denominação "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" para pesquisas. Essa terminologia – Consentimento Livre e Esclarecido – também foi utilizada em assistência médica por meio da Recomendação CFM n. 1/2016, o que contribuiu para a uniformização da terminologia.

Considerando os aspectos legais, regulamentários, filosóficos e médicos, Beauchamp e Childress (2002, p. 165) entendem que há cinco elementos envolvidos no Consentimento Livre e Esclarecido: competência (capacidade), revelação, entendimento (compreensão), voluntariedade e consentimento.

### 14.2.1 Competência ou capacidade

O Código Civil (BRASIL, 2002) prevê, em seus artigos 3º e 4º, que a incapacidade para os atos da vida civil poderá ser absoluta ou relativa.

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I - os menores de dezesseis anos;

II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

No entanto, o Código de Ética Médica não estabelece idade mínima para a maioridade médica do paciente. O artigo 74 veda ao médico:

Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Dessa forma, a maioridade médica difere da maioridade civil, permitindo que médico e paciente menor de idade possam adotar decisões que sejam mais convenientes e benéficas a este. Para aqueles que ainda não possuem maioridade médica, pede-se o assentimento na medida de sua compreensão.

## 14.2.2 Revelação

A revelação das informações é uma condição necessária para que o consentimento seja válido. Os modelos de revelação apresentados por Beauchamp e Childress (2002, p. 168-171) são os seguintes:

- a) "prática profissional", em que a revelação ocorre segundo as práticas utilizadas pelos profissionais daquela comunidade;

- b) "pessoa sensata", em que a revelação é feita tendo como referência uma hipotética pessoa sensata;
- c) "subjetivo", em que as informações devem ser específicas para determinadas pessoas.

No entanto, quando se trata de revelação de más notícias, há técnicas especiais de comunicação, sendo uma das mais conhecidas o Protocolo Spikes. Esse protocolo recomenda que a comunicação de más notícias seja feita mediante um processo de seis etapas (ver 13.2).

O médico pode agir sem consentimento do paciente em algumas situações especiais. Uma delas é denominada privilégio terapêutico, que ocorre em caso de emergência, incapacidade, renúncia do paciente ou se há dúvidas quanto à deterioração da sua condição com a revelação (paternalismo justificado). Nesses casos, o consentimento é dispensado com as seguintes justificativas:

- a) a) o consentimento é presumido;
- b) b) o valor da vida humana sobrepõe-se a outros valores;
- c) c) há necessidade de agir (pragmatismo).

Outra situação se refere às pesquisas com seres humanos, em que o médico pesquisador omite a informação completa quando utiliza placebos desde que em situações eticamente permitidas e nos limites recomendados.

### 14.2.3 Entendimento ou compreensão

Entendimento (compreensão) é a capacidade de o indivíduo compreender a situação que enfrenta, os valores que estão em jogo, as

ações possíveis e as consequências previsíveis para tomar uma decisão coerente com sua própria escala de valores. Para isso, é necessário que o vocabulário seja compatível com seu nível de entendimento e haja o tempo necessário de exposição. A letra do documento deve ser facilmente legível, pelo menos tamanho 12. Ademais, muitas vezes, é necessário dar ao paciente ou sujeito de pesquisa tempo para pensar, no próprio local ou em casa.

A compreensão é tão importante como a informação. Um exemplo que causa prejuízos à compreensão é prestá-las muito depressa e não dar tempo para perguntas. A importância da compreensão aumenta à medida que o procedimento supõe riscos mais sérios. Os incapazes, além das informações ao representante legal, também devem recebê-las na medida de sua compreensão.

## 14.2.4 Voluntariedade

Voluntariedade é a condição em que o paciente ou participante de pesquisa pode agir com independência, livre de influência, persuasão forçosa ou coerção. A coerção pode ocorrer de três maneiras:

- a) pela ameaça de um dano. Um exemplo de ameaça ocorre quando o paciente opta por não participar da pesquisa e o pesquisador alega prejuízos à sua assistência médica sem que tal fato corresponda à verdade;
- b) por meio do oferecimento de recompensa excessiva para que o indivíduo participe de uma pesquisa;
- c) mediante a persuasão de indivíduos vulneráveis por estarem sob a autoridade do pesquisador ou de um familiar próximo. A inclusão de vulneráveis não está contraindicada desde que não haja influência indevida.



## 14.2.5 Decisão

A decisão é a última etapa do consentimento a ser cumprida antes do início do procedimento. O paciente decide pela aceitação ou não do procedimento ou participação em pesquisa após receber as informações, mas pode mudar sua decisão a qualquer momento. Dessa forma, os termos de consentimento padronizados de hospitais são, às vezes, um mero ritual, impessoal, por não contar com a participação do paciente na decisão.

## 14.3 PARTES DE UM CONSENTIMENTO

A resolução CNS n. 466/12 oferece um guia de elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa que pode ser adaptado e utilizado também em assistência médica. O processo de informação é dividido em nove partes:

- a) justificativa e objetivos, bem como os procedimentos que serão utilizados;
- b) desconfortos, riscos possíveis e benefícios esperados;
- c) métodos alternativos existentes;
- d) forma de acompanhamento;
- e) garantia de esclarecimentos;
- f) liberdade para recusar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa;
- g) garantia de sigilo;
- h) formas de ressarcimento;
- i) formas de indenização.

Além desse processo de revelação, o documento deve também conter os dados do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa, quando for o caso.

As assinaturas devem ocorrer em duas vias: do médico, do paciente ou representante legal e das testemunhas. Uma das vias ficará com o paciente ou participante de pesquisa.

## 14.4 ASPECTOS ÉTICOS E JURÍDICOS

No contexto da pesquisa em seres humanos, a Resolução CNS n. 455/12 exige que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja elaborado por escrito.

No contexto da Ética médica, o artigo 22 do Código de Ética Médica veda ao médico realizar procedimentos sem o Consentimento Livre e Esclarecido por meio dos seguintes termos: "Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte." Da mesma maneira, o artigo 27 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007 veda ao enfermeiro: "Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte." Ambos os dispositivos deontológicos exigem o consentimento, mas não consta explicitamente a exigência de documento escrito.

Portanto, normalmente utiliza-se o consentimento verbal, mas recomenda-se o documento escrito nos casos indicados. Outros Conselhos de Medicina emitiram pareceres abordando aspectos pontuais, como a falta de consistência do Consentimento Informado padronizado (Parecer Cremernj n. 124/2003), a necessidade de elaboração de consentimento específico para cada procedimento (Consulta Cremesc n. 1591/08) e o Consentimento Informado ser uma prova do fornecimento da informação ao paciente (Consulta Cremesp n. 91.345/02).

Uma orientação mais abrangente partiu da recente Recomendação CFM 1/2016, que diz: “Já para os procedimentos médicos que envolvem maior ou grande complexidade, como: exames invasivos, cirurgias, transplantes e outros, a critério médico, recomenda-se consentimento livre e esclarecido escrito, que recebe o nome de termo de consentimento livre e esclarecido.”

O Código Civil brasileiro (BRASIL, 2002), em seu artigo 15, dispõe sobre o consentimento do paciente prevendo que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.” Quando o texto de lei proíbe o constrangimento, está instituindo o requisito do prévio e válido consentimento do paciente.

Um dispositivo legal que está diretamente relacionado ao dever de informação do médico é o Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990). No artigo 6º, encontra-se textualmente que:

São direitos básicos do consumidor: [...] III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.

Para o Direito Civil, portanto, o paciente é o consumidor e o médico, o prestador de serviço que se obriga a prestar informação “adequada e clara” ao cumprimento do dever legal. No entanto, especificamente sobre a relação de consumo, não é um conceito admitido pelo inciso XX dos Princípios Fundamentais do Código de Ética Médica: “A natureza personalíssima de atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.” O relacionamento médico-paciente possui aspectos profundamente humanísticos envolvidos que não pode se restringir a uma mera relação de consumo.

No âmbito jurídico nacional, a tendência de elaboração do Consentimento Livre e Esclarecido escrito para procedimentos cirúrgicos e afins, como mostra o artigo 15 do Código Civil, é mais evidente, pois, em assistência médica, cabe ao médico provar que ofereceu a informação (KFOURI,

2006, p. 42). Nesse aspecto, o Consentimento Livre e Esclarecido despontaria como uma forma eficaz de comprovação do cumprimento desse dever.

Ainda no terreno jurídico, disse o ex-magistrado do STJ, Aguiar Júnior (2000), que “[...] mais precavido será o médico que obtiver declaração escrita do paciente ou de seu representante.” Tal consideração deve-se à constatação de que as decisões obedecem ao conjunto dos fatos provados, e o Consentimento Livre e Esclarecido pode ser uma prova incontestável do oferecimento da informação.

A tendência de recomendar-se a elaboração de um documento escrito em determinados procedimentos deve-se à dificuldade de produzir provas do oferecimento de informação de outra maneira: por depoimentos de testemunhas e registros em prontuários.

Como regra geral, o Consentimento Livre e Esclarecido continua sendo verbal. No entanto, para procedimentos complexos, desconfortáveis, invasivos, cirurgias em geral ou que suponham riscos importantes ao paciente, a tendência internacional e nacional é pela elaboração de documento escrito que facilita o oferecimento de informações, sem prejudicar a relação médico-paciente e permite a comprovação do cumprimento desse dever. Há também a possibilidade de registrar na própria ficha clínica ou prontuário do paciente as informações fornecidas verbalmente, porém estas poderão ser questionadas em juízo sob diversos aspectos, visto tratar-se de documento produzido unilateralmente.

## 14.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito das pesquisas, a Resolução CNS n. 466/12 utiliza a denominação Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em assistência à saúde dos pacientes, foram importados dos Estados Unidos os termos Consentimento Informado (*Informed Consent*). Recentemente, o Conselho Federal de Medicina adotou a denominação Consentimento Livre e Esclarecido por meio da Recomendação CFM 1/2016.

O Consentimento Livre e Esclarecido é um processo de informação que visa à tomada de decisão do paciente ou participante de pesquisa para autorização ou não do procedimento proposto. Nesse processo sistemático de informação, os riscos possíveis e benefícios esperados devem ser mencionados no texto com as informações gerais sobre o procedimento, métodos alternativos, garantia de sigilo, ressarcimento e indenização, dados do profissional e do serviço médico ou Comitê de Ética. O documento precisa ser elaborado e assinado em duas vias por todos os envolvidos e pelas testemunhas quando for o caso.

Em assistência à saúde, o Consentimento Livre e Esclarecido deve ser específico e com as informações mais completas possíveis para cada procedimento. O tamanho da letra deve ser facilmente legível, pelo menos 12. Para procedimentos invasivos, complexos, de maior risco ou que causam muito desconforto, está recomendado o consentimento escrito. Para fins de comprovação, em caso de utilização de consentimento verbal nesses procedimentos, sugere-se registrar em prontuário ou ficha clínica e, sempre que possível, obter assinatura do paciente ou de testemunha no local registrado.

O Consentimento Livre e Esclarecido nem pode prever tudo e nem pode ter como objetivo principal a defesa do médico contra eventuais demandas do paciente. Contudo, bem utilizado, constitui um excelente método para prestar e comprovar as informações dadas em benefício da autonomia do paciente, facilitando essa relação humana em um novo contexto cada vez mais complicado pelo avanço tecnológico.

## 14.6 PRÁTICA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Uma forma eficiente de atividade prática de Consentimento Livre e Esclarecido é a realização de uma oficina de elaboração de documento. No conceito de Anastasiou e Alves (2004, p. 96), oficina é uma oportunidade

de fazer melhor algo, sob orientação de um especialista, depois de ter conhecimento prévio de seus conceitos.

O questionário é uma boa oportunidade de iniciação prática. Dessa forma, sugere-se a laboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre uma hipotética pesquisa intitulada *Atividade sexual em pessoas com mais de 60 anos*. Para tanto, os seguintes passos devem ser seguidos:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos utilizados;
- b) desconfortos, riscos possíveis e benefícios esperados;
- c) métodos alternativos;
- d) garantia de esclarecimentos adicionais;
- e) liberdade para recusar ou retirar o consentimento em qualquer fase;
- f) garantia de sigilo;
- g) formas de ressarcimento e indenização;
- h) dados do médico ou pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa, quando for o caso;
- i) assinaturas em duas vias: pesquisador, sujeito da pesquisa e testemunha.

Cada item do guia deve ser contemplado no TCLE, mesmo nos casos em que não há alternativas para os procedimentos. A informação, positiva ou negativa, deve vir explícita em todos os itens.

O tema proposto permite que o aluno use sua criatividade para justificar de forma consistente a pesquisa proposta e criar um objetivo, validando a atividade no seu sentido prático.

## 15 O CINEMA APLICADO À FORMAÇÃO BIOÉTICA

O cinema é um instrumento pedagógico irrenunciável na atualidade, podendo ser utilizado em muitas áreas do saber (TOMÁS Y GARRIDO; TOMAS Y GARRIDO, 2005, p. 15). Em Bioética, seu potencial de utilização é bastante amplo, pois muitos assuntos do comportamento humano representados na arte cinematográfica contêm uma faceta moral que instiga a reflexão bioética. O cinema tanto produz uma narrativa quanto oferece a interpretação dos fatos paralelamente à história oficial.

### 15.1 DADOS DA HISTÓRIA

O desenvolvimento da Bioética deveu-se, em parte, a fatos particularmente dramáticos vivenciados por pessoas no campo da assistência médica e da pesquisa com seres humanos.

Em assistência médica, merece destaque o longo drama sofrido pela jovem norte-americana Ann Karen Quinlan, que, após entrar em estado vegetativo persistente, sobreviveu por mais nove anos à retirada do respirador artificial. Porém, sua sobrevivência ocorreu em condições tão precárias que fez o mundo refletir sobre a dignidade pessoal e os limites da vida humana dos pacientes nessas condições.

Em pesquisa com seres humanos, destaca-se o Caso Tuskegee, que também ocorreu nos Estados Unidos. Nessa pesquisa, em benefício da ciência, segundo a equivocada justificativa apresentada pelos organizadores, 399 negros do Alabama foram transformados em verdadeiras cobaias humanas para o estudo da evolução natural da sífilis, sem direito a tratamento.

Os principais dramas humanos foram utilizados como temas de filmes. Há filmes sobre assuntos particulares e de interesse exclusivo das

pessoas. Outros filmes oferecem uma visão da pessoa, de seus valores e do seu mundo. Todas as pessoas representam um importante papel em suas vidas. A própria palavra "pessoa" vem do latim *personare*, que significa soar através de algo. Esse estranho sentido etimológico relaciona-se às máscaras que eram utilizadas pelos antigos atores gregos contendo um orifício através do qual a voz era emitida. Entendiam os gregos que cada indivíduo desempenha seu próprio papel como se fosse o personagem de um filme.

A abordagem cinematográfica torna a representação ainda mais viva do que o próprio fato real que a inspira. O cinema é capaz de reproduzir dramas humanos que contribuem para a construção de uma realidade que pode ser vista e revista na tela, favorecendo a reflexão e a produção de conhecimentos para um número elevado de pessoas (MOURA, 2007, p. 33). É nesse contexto que a reflexão bioética por meio do cinema é didaticamente favorecida.

Assim, o ensino e a reflexão sobre assuntos bioéticos podem ser feitos pelo cinema. Para tanto, são utilizados filmes direcionados àquilo que se pretende refletir e estudar. Há filmes que, por serem mais apropriados ao ensino, são escolhidos com mais frequência em universidades. Alguns desses filmes serão a seguir abordados.

Ao médico compete ser cada vez mais ético e humanista em sua profissão, e o cinema colabora tanto com a formação ética quanto humanística do futuro médico. Tradicionalmente a cultura humana sempre utilizou as emoções provenientes de alegorias. Por isso, esse estilo de narrativa foi bastante utilizado no contexto bíblico, mitológico e filosófico. Antigamente, para o ensino de humanidades, recomendava-se o teatro, a filosofia e a ópera. Recentemente foi acrescentado o cinema, cuja qualidade em suscitar emoções favorece o reconhecimento dos valores humanos como elementos fundamentais da educação médica.



## 15.2 PRINCIPAIS FILMES UTILIZADOS EM BIOÉTICA

No cinema utiliza-se a simbologia e a representação. Em seu contexto, pode haver manipulação de ideologias, mas a abordagem da Bioética por meio do cinema visa a interpretar a simbologia nele contida para favorecer a reflexividade (MOURA, 2007, p. 37).

Os alunos costumam ser mais hábeis na interpretação das imagens e de suas metáforas do que na leitura. Por isso, Gonzales-Blasco *et al.* (2009) consideram que a inserção do cinema no ensino médico é uma solução inovadora e proveitosa. A existência de muitos filmes permite opções variadas. Segundo suas experiências, os seguintes filmes são úteis para o ensino da Bioética: *A cidadela*, *Patch Adams* e *Um golpe do destino*, que possuem um médico como protagonista; *Philadelphia*, em que um paciente é o protagonista; *Gattaca* e *Inteligência artificial*, que se referem respectivamente à manipulação genética e ficção científica.

Os filmes escolhidos para o ensino da Bioética no curso de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) coincidem parcialmente com a relação anteriormente apresentada (NETTO CEZAR *et al.*, 2010). Os autores preferem os seguintes filmes: *Regras da vida* para o tema aborto; *Cobaias* e *Erin Broskovic*, que tratam de pesquisa em seres humanos; *Mar adentro*, que se refere ao suicídio assistido e suas circunstâncias; *Bicho de sete cabeças*, que aborda a relação médico-paciente durante internamento em hospital psiquiátrico.

Os filmes escolhidos pelos autores do livro *Pelas lentes do cinema* (2007) para o ensino de diferentes assuntos da Bioética são: *Julgamento de Nuremberg*, *Cobaias*, *O jardineiro fiel*, *Tempo de despertar* para assuntos de pesquisa; *Uma vida severina* para tratar do aborto; *Meninos do Brasil* para abordar a clonagem; *Gattaca* para a reflexão sobre genética e eugenia positiva; *Amnésia* e *A experiência* para pesquisa comportamental.

A recomendação dos autores deste livro coincide em grande parte com a relação de filmes que será aqui apresentada.

No contexto da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), foram utilizados dezoito filmes para o ensino da Bioética, pertencentes a oito temas específicos, que serão a seguir comentados (Quadro 2).

Quadro 2 – Temas de Bioética e relação de filmes utilizados pelo autor do livro no ensino

Tema de Bioética	Título	Ano
Aborto	Uma história severina	2005
Bebê medicamento	Uma prova de amor	2009
Comunicação da verdade	Minha vida sem mim	2003
Comunicação da verdade	Parada em pleno curso	2001
Comunicação da verdade	Uma lição de vida	2001
Eutanásia	Invasões bárbaras	2003
Eutanásia	Menina de ouro	2004
Genética	Gattaca	1997
Genética	Ilha	2005
Genética	Admirável mundo novo	1998
Genética	Os meninos do Brasil	1978
Pesquisa	Cobaias	1997
Pesquisa	O jardineiro fiel	2005
Pesquisa	Uma chance para viver	2008
Relação médico-paciente	Um golpe do destino	1991
Relação médico-paciente	E a vida continua	1993
Suicídio assistido	Mar adentro	2004
Testamento Vital	Os descendentes	2011

Fonte: o autor.

Referente ao aborto, Diniz (*In*: GUILHEN; DINIZ; ZICKER, 2007, p. 150) recomenda o documentário etnográfico *Uma história severina*, que se refere às sagas de um casal: a esposa estava grávida de um filho anencéfalo e

buscava o direito ao aborto sem sucesso. Quando conseguiu o objetivo, houve uma liminar do Supremo Tribunal Federal que proibiu sua realização. A criança nasceu de parto normal e foi a óbito imediatamente devido à sua grave anomalia. A mãe quis ver a criança, apesar de saber de sua deformação. O caso tanto permite a reflexão sobre o tema aborto quanto do *status* humano de um ser portador de anencefalia.

Em 2009, também surgido nos Estados Unidos, dirigido por Nick Cassavetes, foi lançado o filme *Uma prova de amor* (*My Sister's Keeper*), que trata do bebê de proveta e dos aspectos relacionados à autonomia de pacientes menores de idade (menor maduro) e dos responsáveis.

O filme *Minha vida sem mim* (2003) contém uma cena muito especial (minutos 11 a 19, aproximadamente), em que se pode observar a comunicação de más notícias feita por um médico e a prática do Protocolo Spikes. Nessa cena, o médico revela a verdade em um lugar inapropriado e sem contato visual com a paciente. A própria paciente o critica. Essa cena permite que se analisem vários aspectos, verbais e não verbais, da relação médico-paciente. Sobre a comunicação de más notícias também podem ser utilizadas as cenas iniciais dos filmes *Parada em pleno curso* (2001) e *Uma lição de vida* (2001).

Referente à reflexão bioética sobre eutanásia, um dos filmes tradicionalmente usados para a abordagem de eutanásia intitula-se *Invasões bárbaras*. Após receber a notícia de sua morte iminente, o paciente, inconformado, lamentava as frustrações de sua vida passada como professor de pouco sucesso. No entanto, seus amigos, reunidos por iniciativa de seu filho, fazem-no lembrar sua enorme importância para cada uma de suas vidas, fazendo-o sentir-se no topo da Pirâmide de Maslow. Sua forma divertida de ser, sempre cercado de mulheres e diversões, deixou lembranças agradáveis que foram lembradas pelos amigos que o acompanharam nos momentos finais de sua vida. Antes de enfrentar as terríveis dores da doença,

a eutanásia ocorreu por meio de uma injeção de drogas que o conduziu ao sono eterno na presença de todos os seus sinceros amigos.

Nesse mesmo sentido, desenvolve-se o filme *Menina de Ouro*. Após sofrer um grave trauma cervical durante uma luta de Box, a personagem principal fica tetraplégica, presa a um respirador e inconformada de continuar a vida naquelas trágicas condições. Em busca da eutanásia, consegue alcançar seu objetivo por intermédio de seu ex-treinador que, pelas ligações afetivas com a paciente, sujeitou-se a praticar a ação piedosa.

No campo da Genética, destaca-se o filme *Gattaca: a experiência genética*. O protagonista do filme luta intensamente contra a discriminação genética. No entanto, sua formação genética, escolhida pela natureza, era inferior à de seu irmão engendrado segundo as modernas técnicas de reprodução humana assistidas. A mensagem desse filme, que reflete uma realidade bastante próxima, é provocar a reflexão sobre o futuro da humanidade e de como lidar com os avanços da ciência. Aspectos de eugenia positiva e discriminação genética também são explorados nessa película.

Outra visão do futuro da Genética humana é apresentada pelo filme *Ilha*. Esse filme explora um aspecto bastante preocupante da Medicina do futuro, que é a produção de seres humanos especialmente planejados para serem doadores de órgãos e servirem de meio para o prolongamento da vida de outros. Um assunto especialmente abordado é o desenvolvimento do útero artificial, que serve para o crescimento dos indivíduos clonados, onde crescem até se tornarem adultos. Esse filme coloca em prática algumas previsões de Aldous Huxley em seu livro *Um admirável mundo novo*.

Ainda referente à Genética surge o filme *Os meninos do Brasil*. Nessa história, o Dr. Mengele, exilado no Paraguai, tenta criar clones de Adolph Hitler. No entanto, um caçador de nazistas luta para impedir o intento. Essa reflexão explora um dos aspectos interessantes da clonagem, que é

a possibilidade de criar seres exatamente iguais. Porém, não é somente a Genética que determina a formação da personalidade humana.

No contexto das pesquisas em seres humanos, destaca-se o filme *Cobaias*, que conta a história de uma pesquisa realizada com os negros sífilíticos em Tuskegee, no Alabama, Estados Unidos. A pesquisa prolongou-se de 1932 a 1972, com o objetivo de estudar a evolução natural da sífilis em 399 negros. Nesse período, os sujeitos da pesquisa, em nome da ciência, não tiveram direito à cura da doença com a penicilina que já estava disponível a partir de 1945. Essa tendência de colocar-se a ciência acima de tudo foi rejeitada fortemente pelo Código de Nuremberg, aprovado pelo Tribunal de Nuremberg, em 1947, e pela Declaração de Helsinque, aprovada pela Associação Médica Mundial, em 1964.

Outro filme que aborda aspectos bioéticos interessantes sobre pesquisa com seres humanos intitula-se *O jardineiro fiel*. O filme, entre outras coisas, trata da experiência disfarçada de um novo medicamento para tuberculose realizada na África. Os efeitos colaterais do medicamento eram ocultados dos sujeitos da pesquisa. Os aspectos bioéticos referem-se à perda de autonomia dos sujeitos de pesquisa vulneráveis e aos aspectos de justiça na seleção de sujeitos de pesquisa.

Em 2008, foi produzido, nos Estados Unidos, o interessante filme *Uma chance para viver* (Living Proof), que aborda o desenvolvimento de uma droga para câncer de mama (Herceptin) e as dificuldades de aplicação do princípio da justiça na escolha de pacientes durante a pesquisa.

Um verdadeiro clássico para o ensino da relação médico-paciente para estudantes de Medicina é o filme *Um golpe do destino*. Em seu enredo, há cenas sobre vários assuntos relacionados à Bioética e Deontologia Médica que ilustram desde os aspectos relacionados à relação médico-paciente até as maneiras de como prestar informação adequada ao paciente.

As mensagens criticam e ensinam, fazendo do filme uma verdadeira aula, do princípio ao fim. A cena da revelação da verdade de forma inadequada para um paciente portador de câncer reflete a realidade da deficiência de formação de muitos médicos. A desumanização da Medicina, que ocorre por meio da troca do nome do paciente pela sua doença, também é duramente criticada. Por fim, emerge simbolicamente a figura de dois médicos humanistas, um dos quais foi o paciente com câncer que recebeu a notícia de sua doença de forma inadequada, como mensagem final para a reflexão dos espectadores e contribuição para a formação dos estudantes de Medicina.

Referente ao ensino da relação médico-paciente, especificamente na revelação de más notícias ao paciente, Ricardo Tapajós (2007) preconiza a arte cinematográfica como ferramenta para o desenvolvimento da habilidade de comunicação do aluno de Medicina. Para tanto, projeta duas cenas do filme "*E a vida continua*", referentes ao momento em que o médico comunica ao paciente o diagnóstico de sua doença. No final da projeção, recomenda que haja uma discussão em grande grupo. Nesse momento, se o entendimento da mensagem foi adequado, podem surgir sugestões de melhoramento do diálogo cinematográfico.

Um filme recente e bastante difundido sobre suicídio assistido intitula-se *Mar adentro*. Após ficar tetraplégico por uma fratura cervical resultante de um mergulho mal calculado, o personagem principal busca incessantemente o final de sua vida através da eutanásia, sem sucesso. Com ajuda de seus fiéis amigos, consegue alcançar o suicídio assistido muitos anos depois. Esse filme permite avaliar a dramaticidade de uma vida que o protagonista avaliava não valer a pena ser vivida, bem como os complexos aspectos éticos e legais que envolvem o assunto.

Recentemente, dirigido por Alexander Payne, houve o lançamento do filme *Os descendentes* que reavivou a reflexão sobre o Testamento Vital ou Diretivas Antecipadas de Vontade. O filme, produzido em 2011, relata o drama da uma

senhora que, após acidente com barco, evoluiu para estado de coma persistente. No entanto, havia registrado um Testamento Vital que foi devidamente aceito pelo Estado do Hawai. Esse documento evitou a necessidade de decisões familiares quanto ao prolongamento ou não de sua vida.

O Comitê de Bioética do Hospital Conceição de Porto Alegre, até 2018, utilizou os seguintes filmes para discussão: “Wit – uma lição de vida”, “Intocáveis”, “Para sempre Alice”, “Eu, Daniel Blake”, “Up – altas aventuras”, “Feliz Natal”, “Gattaca”, “The True Cost – o verdadeiro custo da moda”, “Uma prova de amor” e “Um golpe do destino”. (RECH; AMORETTI, 2018). Alguns coincidem com os já apresentados, porém há outros que podem ser explorados.

## 15.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços da ciência provocaram grandes dramas humanos que contribuíram para o surgimento da Bioética. Muitos desses episódios foram interpretados no cinema, contribuindo para a reflexão geral e o desenvolvimento da Bioética.

Os profissionais da saúde convivem com dramas humanos e precisam estar solidamente preparados para reconhecer os aspectos científicos e humanísticos envolvidos em sua profissão. A ciência é boa ou má segundo o uso que dela se faz. Para isso, os futuros profissionais precisam receber sólida formação científica e sabedoria para perceber os valores em jogo na aplicação da ciência. A simbologia da arte cinemática enfatiza a percepção dos valores humanos, contribuindo para que a utilização dos avanços da ciência em Medicina aconteça sem desrespeito à dignidade do paciente.

Em um contexto mais amplo, a conscientização dos profissionais da saúde, com a ajuda do cinema, contribuirá para que os valores humanos sejam reconhecidos e avancem paralelamente à ciência, contribuindo para a segurança da presente e das futuras gerações.

## 15.4 ATIVIDADES PRÁTICAS

O cinema é uma ferramenta útil para o ensino da Bioética. Os curtas-metragens são os mais indicados, mas uma película total, ou um trecho bem didático, também constitui uma estratégia favorável para o ensino e a reflexão bioética.

O bom aproveitamento do filme exige preparo prévio pelo professor, que poderá optar por um dos três roteiros descritos a seguir. Também serão sugeridas questões para serem utilizadas na projeção do filme *Gattaca*.

### 15.4.1 Roteiro 1

Este roteiro é um resumo do planejamento de atividade preconizado no livro *Pelas lentes do cinema: Bioética e Ética em pesquisa* (GUILHEN; DINIZ; ZICKA, 2007, p. 86-88). A atividade desenvolve-se na seguinte sequência:

- a) apresentação da proposta aos participantes com destaque para sua importância;
- b) exposição dos argumentos do filme e dos conceitos que serão focalizados;
- c) distribuição (ou não) de um roteiro para acompanhamento e posterior discussão;
- d) projeção do filme;
- e) manifestação dos participantes sob a animação do coordenador que pode indicar cenas para favorecer a reflexão;
- f) discussão do roteiro, se este foi distribuído;
- g) discussão dos aspectos éticos envolvidos;
- h) síntese final pelo coordenador.



## 15.4.2 Roteiro 2

Esse método enfatiza a observação dos personagens do filme (ALBUQUERQUE *et al.*, 2005, p. 55). As etapas evoluem da seguinte forma:

- a) apresentação da proposta;
- b) divisão dos participantes em pequenos grupos para as seguintes funções: observar um ou mais focos importantes do filme; observar determinado personagem no seu conjunto, especificamente nos seguintes aspectos: idade, sexo, momento da vida, contexto social, econômico e familiar, qualidade de vida, capacidade de discernimento, livre-arbítrio, sofrimento individual e sua repercussão no coletivo, sua evolução por meio do filme, questões religiosas, éticas e legais no contexto do personagem;
- c) projeção do filme;
- d) discussão em grande grupo dos aspectos éticos relevantes e detalhes observados;
- e) elaboração de uma dissertação.

Esse método adapta-se melhor aos temas de Bioética, em que um ou mais personagens devam ser observados em toda sua trajetória.

## 15.4.3 Roteiro 3: Fórum

O fórum é uma estratégia que pode ser utilizada após uma apresentação teatral, um filme ou palestra, na discussão de um artigo, livro, fato ou problema, bem como de uma visita ou excursão (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 92). A metodologia visa às seguintes operações do pensamento: busca de suposições ou hipóteses, obtenção ou organização de dados, interpretação, crítica ou resumo. A estratégia segue o seguinte roteiro:

- a) explicação do funcionamento da estratégia;
- b) após a projeção do filme, o grande grupo é dividido em pequenos grupos para realizar a atividade sugerida pelo professor que delimita o tempo;
- c) o coordenador de cada grupo dirige a reunião e reúne as contribuições aprovadas pela maioria;
- d) as conclusões e recomendações de cada grupo são apresentadas ao grande grupo por um de seus membros;
- e) os membros do grande grupo podem fazer considerações, questionar e contribuir.

#### 15.4.4 Questões para o filme *Gattaca* e *Minha Vida Sem Mim*

O filme *Gattaca* é um dos mais interessantes filmes para a utilização no contexto atual em que a Genética assume um papel importante no âmbito da Bioética. Uma providência que vai favorecer a participação dos alunos nessa atividade consiste em solicitar a leitura prévia da Declaração Universal sobre Direitos Humanos e Genoma Humano (1997) da Unesco e a Resolução CNS n. 376/2004. Os roteiros incluem atividades em pequeno e/ou grande grupo que podem ocorrer mediante respostas às questões propostas. As questões visam a interpretar as partes mais importantes do filme e extrair suas principais mensagens. Para o filme *Gattaca*, as questões a seguir relacionadas podem ser divididas entre os pequenos grupos para análise e posterior apresentação em grande grupo:

1. Relacione os defeitos detectados em Vincent durante o teste genético realizado logo após seu nascimento, critique a forma de revelação utilizada pelos profissionais de saúde presentes e proponha a forma correta de revelação.

2. Analise os aspectos positivos e negativos de teste genético em indivíduos saudáveis.
3. Identifique algumas situações em que a escolha do sexo do futuro bebê, através de seleção de embriões, tem amparo ético.
4. Interprete o significado da vitória de Vincent sobre seu irmão Anton na competição de natação em mar aberto.
5. Interprete as razões do suicídio de Jerome.
6. Considerando a forma como ocorreu a fecundação de Anton (filho da ciência) e desfavoreceu Vincent (filho de Deus), analise até que ponto a Genética favorecerá a prática de eugenia positiva.
7. Liste as principais mensagens trazidas pelo filme *Gattaca* tanto para os indivíduos quanto para os governantes das nações e organismos internacionais.

O filme *Minha vida sem mim* constitui uma atividade motivadora para discutir cada um dos tópicos do Protocolo Spikes. A cena a ser observada ocorre entre os minutos 12 e 19, mas a projeção do filme desde o primeiro minuto até o décimo nono permite que os participantes contextualizem melhor os fatos. A seguir, discute-se a forma da revelação das más notícias utilizada pelo médico, relacionando-as com cada passo do Protocolo Spikes. Os pontos positivos e negativos serão identificados e analisados. Em minha experiência, essa é uma atividade que desperta o interesse dos alunos e mantém a atenção, sobretudo porque a maioria pode participar e contribuir com a discussão.

## 16 ESTRATÉGIAS DIVERSIFICADAS DO ENSINO DA BIOÉTICA

Em sua exposição sobre a alegoria da caverna, Platão descreveu um grupo de prisioneiros que visualizava as imagens projetadas em uma parede sem conhecer os objetos ou seres que as produziam. Questiona se é possível mostrar a verdade a essas pessoas acostumadas a pensar que as sombras eram a própria realidade. Após algumas reflexões pedagógicas, Platão conclui que, por meio da educação, existe uma estratégia para alcançar esse objetivo, um mecanismo capaz de corrigir o desvio da direção do olhar daqueles prisioneiros (PLATÃO, 2004, p. 272).

Esse mecanismo tem o objetivo de tornar o indivíduo consciente da realidade que o cerca. Por consciência, entende-se a capacidade de distinguir aquilo que está bem daquilo que está mal. Quando o caráter de uma pessoa não pode ser mudado, é possível, pelo menos, desenvolver seu nível de percepção como se fosse a correção do desvio de seu olhar. Especificamente sobre o desenvolvimento da consciência moral dos alunos de Medicina, é possível que atitudes e habilidades sejam desenvolvidas mediante o ensino (D'ÁVILA, 2010).

Três objetivos estão no contexto do ensino da Bioética, conforme revisão feita por Araújo e Bonamigo (2015, p. 26): aquisição de habilidades para a tomada de decisão moral; incentivo à prática das virtudes; desenvolvimento da sensibilidade ética. Assim, a competência ética significa a aquisição da sensibilidade moral em assuntos profissionais e pessoais que favorece a análise moral de conflitos e tomada de decisões eticamente justificáveis (DANTAS; SOUZA, 2008). Algumas estratégias do ensino superior influem em maior ou menor grau para o alcance de determinado objetivo, cabendo ao professor a melhor escolha.

Nesse contexto, em conjunção com o alcance dos objetivos, nos cursos de graduação da área da saúde, o aprendizado da Ética depende de três fatores fundamentais: tempo de exposição e transversabilidade da disciplina, formação e atitude ética do docente e utilização de metodologias ativas (CARNEIRO *et al.*, 2010). Esses três fatores serão a seguir especificamente abordados.

- a) Tempo de exposição e transversabilidade da disciplina: referente ao tempo de exposição, embora não seja uma tarefa fácil modificar o número de horas de ensino da Ética na instituição, é possível ampliar o contato do aluno com a disciplina mediante a utilização de algumas estratégias extracurriculares para todos os alunos, como é o caso do oferecimento de julgamento simulado e conferências de palestrantes convidados. Recente revisão da literatura destacou a importância do tempo de exposição ao conteúdo de ética e a prática clínica para o aumento de conhecimento da ética (GERBER; ZAGONEL, 2013).
- b) Formação e atitude ética do docente: a respeito da formação ética e atitude do docente, devem ser louvadas e estimuladas as iniciativas recentemente adotadas por algumas instituições de promover cursos de pós-graduação em Bioética, favorecendo o aprofundamento da formação e a ampliação do número de professores capacitados nessa disciplina. Nesse contexto, estão algumas instituições e universidades, como o Conselho Federal de Medicina, Universidade de Brasília e Centro Universitário São Camilo, entre outros, que promovem cursos de pós-graduação em Bioética. Além da formação, o bom exemplo dos médicos favorece a aquisição da competência ética por parte dos alunos. No entanto, os maus exemplos repercutem negativamente na formação ética dos futuros médicos (ALMEIDA *et al.*, 2008).
- c) Utilização de metodologias ativas: quanto ao uso de metodologias ativas, Anastasiou e Alves (2004, p. 67-100) descrevem vinte estratégias possíveis de serem adotadas no ensino superior (Quadro 3). Destas, pelo menos nove podem ser utilizadas como ferramenta diversificada

para o ensino da Bioética: aula expositiva dialogada; estudo de texto; solução de problemas; dramatização; seminário; estudo de caso; julgamento (júri) simulado; oficina; ensino com pesquisa.

Além destas, podem ser organizadas outras atividades de ensino que não foram mencionadas pelos autores, como: visitas a determinadas instituições relacionadas direta ou indiretamente à Bioética (Comitê de Bioética, Alcoólicos Anônimos, Câmara de Vereadores, Conselho Municipal de Saúde) e o cinema. A seguir, essas estratégias serão particularmente abordadas, porém de forma resumida, já que a maioria delas foi apresentada nos capítulos anteriores.

Quadro 3 – Estratégias de ensino superior

Aula expositiva dialogada	Dramatização
Estudo de texto	Seminário
Portfólio	Estudo de caso
Tempestade cerebral	Júri simulado
Mapa conceitual	Simpósio
Estudo dirigido	Painel
Lista de discussão	Fórum
Solução de problemas	Oficina (laboratório ou workshop)
Phillips 66	Estudo do meio
Grupo de verbalização e de observação	Ensino com pesquisa

Fonte: Anastasiou e Alves (2004).

## 16.1 ESTRATÉGIAS DE ENSINO DA BIOÉTICA

Das vinte estratégias descritas por Anastasiou e Alves (2004, p. 67-100), existem nove que são mais exequíveis ao ensino da Bioética. Essas estratégias serão a seguir descritas.

### 16.1.1 Aula expositiva dialogada

A aula expositiva dialogada é a estratégia básica para ensino da Bioética. Sua eficiência aumenta consideravelmente quando acompanhada

de outras estratégias de ensino. Consiste em uma exposição ativa na qual os estudantes participam com perguntas, interpretação e discussão. Ao final, uma síntese integradora do assunto deve ser elaborada por todos (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 89).

## 16.1.2 Solução de problemas (deliberação moral)

A solução de problemas é uma estratégia de ensino superior que contribui positivamente para o reconhecimento dos aspectos morais existentes no exercício da Medicina. A escolha de casos interessantes costuma motivar o ensino-aprendizagem. Nesse contexto, a metodologia descrita por Diego Gracia (2001), em que devem ser identificadas as condutas extremas e intermediárias de determinado problema, facilita a aquisição de habilidades na identificação e solução de conflitos morais. Essa metodologia permite sua utilização em sala de aula para a análise do mesmo caso em grande grupo ou casos diversificados em pequenos grupos. Essa estratégia foi descrita com maiores detalhes no capítulo 12.

## 16.1.3 Estudo de texto

O estudo de texto é uma estratégia de ensino que permite explorar detalhadamente a ideia e a mensagem de seu autor. Para tanto, são escolhidos textos que trazem mensagens sábias ou informações relevantes relacionadas à Bioética. Textos de Filosofia ou de Bioética podem ser selecionados e estudados. Para Anastasiou e Alves (2004, p. 80), as seguintes operações mentais são realizadas pelos participantes de estudo de texto: identificação, obtenção e organização de dados, crítica, análise, reelaboração e resumo do texto. Essa estratégia foi descrita com mais detalhes no capítulo 2 (2.7). O estudo e a apresentação em sala de aula

pelo aluno de artigos recentemente publicados sobre Bioética constituem uma forma eficaz de estudo de texto que propicia tanto o aprendizado quanto a atualização.

### 16.1.4 Dramatização

A dramatização é uma representação teatral que contribui positivamente com o entendimento das relações humanas e desenvolvimento de habilidades para bem desempenhá-las. As aplicações práticas da dramatização são muitas, mas o desenvolvimento de habilidades na comunicação de más notícias ao paciente parece ser a principal delas. A dramatização pode ocorrer entre os próprios alunos ou por intermédio de pacientes simulados. Essa estratégia foi apresentada com detalhes no capítulo 13.

### 16.1.5 Seminário

O seminário envolve um número grande de alunos que, em pequenos grupos, constroem seu próprio conhecimento sobre determinado assunto. Constitui uma estratégia ideal para temas que possuam muitos subtítulos, como Fim de vida e Genética. Essa estratégia foi desenvolvida com mais profundidade nos capítulos 7 e 8.

### 16.1.6 Estudo de caso

A estratégia de ensino por meio de estudo de casos permite que se analisem fatos tradicionais e atuais referentes a uma situação real. O professor expõe ou lê o caso, que pode ser o mesmo ou casos distintos para



os diversos grupos, e orienta o roteiro do trabalho. A análise consiste na descrição, prescrição (proposições) e argumentação das proposições. As soluções contidas nas proposições e sua sustentação são expostas em grande grupo. As operações do pensamento utilizadas pelos participantes dessa atividade são: crítica, hipóteses, decisão e resumo (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 91).

### 16.1.7 Julgamento ou júri simulado

O julgamento simulado é uma das estratégias de ensino que possibilita a participação de grande número de alunos e contribui para a divulgação do ensino da Bioética na instituição. A transversalidade e transdisciplinaridade da Ética na instituição são favorecidas por essa estratégia, bem como o tempo de exposição à disciplina. A necessidade de adequada preparação prévia permite maior tempo de contato do aluno com o professor, favorecendo sua formação ética. Essa estratégia foi detalhadamente descrita no capítulo 11.

### 16.1.8 Oficina

Oficina é uma estratégia de ensino que permite fazer melhor algo (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 96). A aquisição de habilidades na elaboração de diversos tipos de documentos médicos pode ser desenvolvida por meio de uma oficina. Uma aula expositiva dialogada sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por exemplo, complementa-se eficazmente com a realização de uma oficina para elaboração prática do documento. Outros documentos médicos podem ser praticados por essa atividade: atestados, declarações, laudos etc. Essa estratégia foi detalhada no capítulo 14.

## 16.1.9 Estudo com pesquisa

A inclusão da pesquisa como estratégia de ensino possui a vantagem de aproximar o aluno do professor, além de aprofundar o conhecimento sobre determinado assunto tendo aquele como pesquisador e este como orientador (ANASTASIOU; ALVES, 2004, p. 96). Em Bioética, vários assuntos podem ser pesquisados. O aluno envolvido em uma pesquisa desenvolve uma série de atividades que vão desde a revisão bibliográfica até a reflexão de assuntos bioéticos, sob a orientação direta do professor, favorecendo o desenvolvimento de sua formação ética.

## 16.2 OUTRAS ESTRATÉGIAS

Além das estratégias descritas por Anastasiou e Alves (2004), existem outras que podem ser utilizadas para o ensino da Bioética, como as visitas às instituições que tenham alguma relação com assuntos bioéticos (Comitê de Bioética, Câmara de Vereadores, Alcoólicos Anônimos, Conselho Municipal de Saúde) e o cinema.

## 16.3 VISITAS ÀS INSTITUIÇÕES

As visitas a determinadas instituições com participação em suas reuniões oferecem aos alunos a visão prática impossível de ser adquirida somente por meio das aulas expositivas dialogadas. Algumas instituições são particularmente interessantes para a prática dessa estratégia de ensino, como: Comitês de Bioética, Câmara de Vereadores, Alcoólicos Anônimos e Conselho Municipal de Saúde.

### 16.3.1 Comitês de Bioética

Nos Comitês de Bioética, a presença de profissionais da área do Direito, Filosofia, Enfermagem e Religiosos, além de médicos, atrai o interesse e contribui para o desenvolvimento da consciência moral do aluno. Dessa forma, quando o tipo de reunião permite, os alunos podem ser convidados para estarem presentes. O pedido de um relatório, no qual o aluno faz uma revisão do assunto tratado e das funções do Comitê de Bioética, favorece o alcance dos objetivos dessa participação.

### 16.3.2 Câmara de Vereadores

Essa estratégia consiste em convidar os alunos para participarem de uma reunião da Câmara de Vereadores do Município, após esclarecer-lhes adequadamente sobre suas finalidades. Os alunos observam o desempenho dos vereadores e preenchem o relatório solicitado. Essa atividade permite que o aluno, além de conhecer o mecanismo de funcionamento do poder legislativo, reflita sobre a importância de sua futura participação política com o objetivo de melhoria da gestão da saúde pública e, conseqüentemente, da assistência aos pacientes.

### 16.3.3 Alcoólicos Anônimos

Os Alcoólicos Anônimos permitem e até estimulam a participação dos alunos em suas reuniões. Nessa atividade, o aluno tem a oportunidade de entrar em contato com os dramas relatados pelos participantes favorecendo sua percepção ética do problema e de prevenir-se pessoalmente contra a dependência das drogas em geral. Os depoimentos dos ex-adictos ao álcool

costumam marcar na mente do estudante sua passagem pela instituição. O preenchimento de um relatório durante a reunião favorece a eficácia dessa atividade que é uma das mais bem avaliadas pelos alunos de Medicina da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

### 16.3.4 Conselho Municipal de Saúde

No Conselho Municipal de Saúde, que tem a obrigação de realizar uma reunião mensal, o aluno tem a oportunidade de verificar, entre outras coisas, a utilização do princípio da justiça na alocação de recursos públicos. Uma equipe de alunos é designada para participar de uma reunião, após receber esclarecimentos sobre as funções legais da instituição. Ao final, os alunos elaboram um relatório a ser apresentado em grande grupo.

### 16.3.5 Cinema

Na atualidade, o cinema é um instrumento pedagógico irrenunciável para o ensino pelas espetaculares representações dos dramas bioéticos que oferece. Sua utilização pode ocorrer em muitas áreas do saber (TOMÁS Y GARRIDO; TOMAS Y GARRIDO, 2005, p. 15). A arte cinemática representa fatos que instigam a reflexão bioética. Ademais, o cinema narra e interpreta os fatos paralelamente à história oficial, ampliando a análise da questão. A descrição detalhada da utilização do cinema no ensino da Bioética encontra-se no capítulo 15.

## 16.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de estratégias diversificadas influi positivamente no aprendizado e na formação ética do aluno. Ademais, contribui também para

a ampliação do tempo de exposição à disciplina tanto no envolvimento dos alunos nos preparativos da estratégia quanto na participação das atividades extracurriculares preparadas pelos colegas. Referente à formação do professor, a promoção de cursos de pós-graduação sobre Bioética contribui favoravelmente para seu aperfeiçoamento e, em consequência, para a formação ética do aluno. A inserção de capítulos de Ética nos manuais de todas as especialidades médicas e a inclusão de perguntas de Bioética em provas de títulos de especialista e concursos de residência são providências que também contribuiriam para a relevância da Ética durante o período de graduação médica, influenciando positivamente na motivação e na formação moral do futuro médico.

## 17 TELEMEDICINA

A recente pandemia causada pela Covid19, de um lado, causou grandes transtornos à saúde da população e a morte de muitas pessoas. Por outro lado, obrigou a humanidade à utilização de novos recursos de comunicação não presencial.

A necessidade de atendimento a pacientes de forma remota fez desenvolver a telessaúde, em especial a telemedicina, como meio de comunicação entre equipes de saúde e para atendimentos a pacientes. Seu desenvolvimento foi tão recente que ainda não se conhecem profundamente os conflitos éticos de sua utilização.

A Resolução n. 2.314/2022 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2022) conceitua telessaúde como o “uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde, por profissionais de saúde, respeitadas suas competências legais”. Esse recurso permite a participação de profissionais capacitados de outros locais, outros estados e/ou países.

A resolução define telemedicina em seu artigo primeiro como o “exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDICs), para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões, gestão e promoção de saúde”.

Em seu artigo 5º, cita que a “telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades de teleatendimentos médicos: I) Teleconsulta; II) Teleinterconsulta; III) Telediagnóstico; IV) Telecirurgia; V) Telemonitoramento ou televigilância; VI) Teletriagem; VII) Teleconsultoria”. Portanto, percebe-se que sua utilização vai muito além da teleconsulta.

Na prática, a assistência mediada por tecnologias esbarra na dificuldade de adesão de pessoas idosas ou com menor nível cultural e/ou

socioeconômico, somada às deficiências de disponibilização de internet em áreas rurais remotas. Por isso, muitas inovações serão necessárias para viabilizar a obtenção de dados clínicos do paciente, os pedidos de exames, a prescrição médica e os atestados de afastamento.

Além disso, a inexistência de plataformas unificadas faz com que médicos e instituições utilizem distintas plataformas que podem ser menos seguras, o que favorece o vazamento dos dados do paciente (SILVA, 2021). Quanto ao sigilo da imagem e dos dados do paciente, em seu artigo 15, a resolução CFM n. 2.314/2022 diz: "O paciente ou seu representante legal deverá autorizar o atendimento por telemedicina e a transmissão das suas imagens e dados por meio de (termo de concordância e autorização) consentimento, livre e esclarecido, enviado por meios eletrônicos ou de gravação de leitura do texto com a concordância, devendo fazer parte do SRES do paciente."

Outro aspecto é o surgimento de problemas éticos e legais relacionados à responsabilidade profissional. Isso consiste em um novo desafio, já que, com a falta de limites bem definidos da implantação dessas modalidades de telemedicina, tanto os profissionais terão dificuldades de pautar sua conduta quanto os órgãos julgadores terão dificuldades de estabelecer critérios de avaliação da conduta adotada. Muita precaução será necessária nessa travessia para o alcance desse novo método de assistência.

A Telemedicina está em seu início e tende vigorosamente a se desenvolver, pois se trata de um recurso irrenunciável para favorecer a assistência e a saúde dos pacientes. As dificuldades a serem enfrentadas para usufruto desse avanço tão importante de comunicação serão um novo desafio para os profissionais e as instituições ligadas à assistência à saúde. Entretanto, muitos benefícios advirão em prol do aumento de qualidade da assistência aos pacientes.

## POSFÁCIO

A humanidade segue seu destino em busca do paraíso perdido. Nesse momento, segundo a impressionante imagem vislumbrada por Nietzsche, em sua parábola da corda estendida, o homem corre os riscos da travessia de um perigoso abismo para alcançar sua condição de super-homem na outra margem.

O ser humano imagina livrar-se das desgraças que o perseguem desde o início de sua vida terrestre: doenças, fome, guerras, secas e enchentes. No outro lado, espera encontrar um mundo de saúde, fartura, paz, felicidade e imortalidade.

A delicada travessia exige cuidados extremos. Não pode haver passos em falso. Para tanto, a humanidade precisa contar com exímios profissionais que cuidem responsabilmente desse perigoso empreendimento. Também precisa de sólido apoio ético e científico.

A biotecnologia é parte da ciência que permite o avanço dessa travessia sobre o perigoso abismo. Ainda não se conhecem os efeitos desse novo fenômeno que é a Inteligência Artificial, cuja recente evolução foi impressionante. Nesse contexto, o ser humano tanto pode aplicar a ciência para o bem quanto para o mal. A Bioética é a consciência da ciência e pode auxiliá-lo a escolher a conduta mais adequada para sobreviver aos consideráveis riscos supervenientes.

Para tanto precisam de habilidades especiais no campo da Bioética cujo aprendizado inclui teoria e prática. Este livro buscou fazer uma síntese teórica da Bioética e apresentar algumas estratégias práticas para solidificar a formação ética desses profissionais que, em um futuro não muito distante, irão contribuir de maneira essencial para a segurança da humanidade durante sua perigosa travessia rumo ao futuro.



## REFERÊNCIAS

ABEL, Francesc Distanásia. *In*: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira (coord.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida, SP: Santuário, 2001. 1162 p.

ABELLÁN SALORT, José Carlos. **Bioética, Autonomía y Libertad**. Madrid: Fundación Universitaria Española, 2006. 415 p.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/portal/upload/clipping/livro\\_parto\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/clipping/livro_parto_web.pdf). Acesso em: 28 jan. 2011.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR. Resolução Normativa Nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 fev. 2016. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>.

AGUIAR JÚNIOR, Ruy Rosado de. Responsabilidade civil do médico. *In*: **Direito e medicina**: aspectos jurídicos da Medicina. Belo Horizonte: Del Rey, 2000. p. 133-180.

ALBUQUERQUE, M. C. *et al.* A utilização do cinema como ferramenta de ensino da bioética com enfoque na eutanásia. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIOÉTICA, 7., 2005, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: Sociedade Brasileira de Bioética, 2005.

ALMEIDA, Alessandro de M. *et al.* Conhecimento e Interesse em Ética Médica e Bioética na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. *In*: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processo de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 3. ed. Joinville: Ed. da Univille, 2004. p. 67-100.

ANDORNO, Roberto. **Validez del principio de precaución como instrumento jurídico para La prevención y la gestión de riesgos**. *In*: CASABONA, Romeo Carlos M. Granada: Comares, 2004. p. 17-33.

AQUINO, Santo Tomás. **Suma Teológica**. Atualizada em 2012. Disponível em: <http://hjg.com.ar/sumat/c/c109.html>. Acesso em: 7 jun. 2009.

ARANHA, Maria Lúcia de A.; MARTINS, Maria Helena P. **Temas de Filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2002. 256 p.

ARAÚJO, Laís Z. S.; BONAMIGO, Elcio L. Desafios no ensino da Bioética. *In*: BONAMIGO, Elcio L.; SILVA, Josimario. **Estratégias do Ensino da Bioética**. São Paulo: All Print, 2015. 334 p.

ARISTÓTELES. Ética a **Nicômaco**. 4. ed. São Paulo: Martin Claret, 2009. 241 p.

ARISTÓTELES. **Metafísica**. Madrid: Alianza Editorial, 2008. 455 p. (Coleção Clásicos de Grecia y Roma).

ASOCIACIÓN CANARIA DE BIOÉTICA. **Manifiesto de la Asociación Canaria de Bioética**. Islas Canarias, 2001.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA. Conclusiones del V Congreso Nacional de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) Documento Málaga 2005. **Cuad. Bioét.**, n. 16, 2005.

ASSOCIAÇÃO DAS TESTEMUNHAS CRISTÃS DE JEOVÁ. **Princípios e Procedimentos Relacionados com Tratamento Médico Isento de Sangue**. 2009.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva**. Abr. 2020. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes\\_AMIB04042020\\_10h19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_AMIB04042020_10h19.pdf).

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Opinião da AMB sobre utilização do placebo.** Disponível em: [http://www.amb.org.br/teste/internacional/opinio\\_helsinki.pdf](http://www.amb.org.br/teste/internacional/opinio_helsinki.pdf). Acesso em: 21 jan. 2011.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaración de la AMM sobre los Problemas Éticos de Pacientes con Enfermedades Mentales.** Aprovada na Indonésia em 2005 e revisada na África do Sul em 2006.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração da Associação Médica Mundial sobre Genética e Medicina.** Santiago do Chile, 2005.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração de Helsinque.** Adotada na 18ª. Assembleia Médica Mundial de Helsinki, Finlândia, 1964.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Declaração sobre os Direitos do Paciente.** Lisboa, 1995.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **Resolução da Associação Médica Mundial sobre Genética e Medicina.** 2005.

ATLAN, Henry. **O Útero Artificial.** Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2006. 128 p.

BACON, Francis. Proficiency and advancement of learning, divine and humane. *In: The works of Francis Bacon, Baron of Verulan, Viscount St. Albans and Lord High Chancellor of England.* Londres: H. S. Baynes, 1824. 527 p. p. 1-235.

BARCIIFFONTAINE, Christian de P. **Saúde pública é bioética?** São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Paulus, 2005. 79 p.

BASCUÑAN, M. Luz; ROIZBLATT, A.; ROIZBLATT, B. Comunicación de malas noticias en medicina: um estúdio exploratório. **Revista Med Univ Navarra**, v. 51, n. 2, p. 28-31, 2007.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios da Ética Biomédica.** São Paulo: Edições Loyola, 2002. 574 p.

BECK, Ulric. **La sociedad del riesgo global.** 2. ed. Madrid: Siglo XXI, 2006. 290 p.

BEECHER, Henry. Ethics and clinical research. **The New England Journal of Medicine**, v. 274, n. 24, p. 1354-1360, 1966.

BEHAR, Daniel. **Quando La vida ya no es vida ¿Eutanasia?** México: Editorial Pax México, 2007. 158 p.

BERGEL, Salvador D. El impacto ético de las nuevas tecnologías de edición genética. **Revista Bioética**, v. 25, n. 3, p. 454-461, 2017.

BITAR, Omar Yazbek. **Meio Ambiente & Geologia**. São Paulo: Ed. do Senac, 2004. 161 p.

BITENCOURT, A. G. V. *et al.* Conduitas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n. 2, p. 137-143, 2007.

BONAMIGO, Elcio L.; DESTEFANI, Amanda dos S. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. **Revista Bioética**, v. 18, n. 3, p. 725-742, 2010.

BONAMIGO, Elcio L.; SCHLEMPER JÚNIOR, Bruno R.; VELHO, Maria T. C. Comitês de Bioética Clínica. In: SIQUEIRA, José E. *et al.* **Bioética Clínica**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Bioética, 2016. p. 283-305.

BONAMIGO, Elcio L. *et al.* A inserção do Testamento Vital na Deontologia Médica Brasileira. **Revista Síntese Direito de Família**, v. 80, n. 15, p. 83-93, 2013.

BONAMIGO, Elcio L. **La enseñanza de La Bioética: una aproximación entre Brasil y España**. Tesina para obtenção do título Master en Bioética. Universidad Internacional de Catalunya, 2005. Disponível em: [www.bioeticacs.org](http://www.bioeticacs.org). Acesso em: 25 out. 2010.

BONAMIGO, Elcio L. **Princípio da precaução: um princípio bioético e biojurídico**. Novos riscos, novas aplicações. São Paulo: Allprint, 2011. 184 p.

BORGES, Danielle da C. L.; UGÁ, Maria A. D. As Ações Individuais para o Fornecimento de Medicamentos no Âmbito do SUS: Características dos Conflitos e Limites para a Atuação Judicial. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 13-38, 2009.

BRADBURY, Andrew. **Como fazer apresentações de sucesso**. São Paulo: Clio, 2006. 136 p.

BRAMA, Glenda M. R.; GRISÓLIA, Cesar K. Bio(ética) ambiental: estratégia para enfrentar a vulnerabilidade planetária. **Revista Bioética**, v. 20, n. 1, p. 41-48, 2012.

BRANDALISE, V. B.; REMOR, A. P.; CARVALHO, D. de; BONAMIGO, E. L. Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, p. 217-227, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018262242>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. **20 anos de pesquisa no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 74 p.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 11 jan. 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm). Acesso em: 16 jan. 2011.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei n. 6.715. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para excluir de ilicitude a ortotanásia. Gerson Camata - PMDB/ES. Brasília, DF, 23 dez. 2009.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 561, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 6 (Edição Extra), 24 mar. 2001.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).

BRASIL. Decreto-Lei n. 891/1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**; seção 1, Brasília DF, 28 nov. 1938. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=891&ano=1938&ato=a180TR65EMrpXTc3d>.

BRASIL. Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 13739, 1 jul. 1997.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 23911, 23 dez. 1940.

BRASIL. **Concea**. Resolução n. 55, de 5 de outubro de 2022. Atualiza o texto da Diretriz Brasileira para o Cuidado e a Utilização de Animais em Atividades de Ensino ou de Pesquisa Científica - DBCA. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 191-A, p. 1, 5 out. 1988. Legislação Informatizada – Constituição de 1988 – Publicação Original. Disponível em: [w2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html](http://w2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html). Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 12277, 4 jul. 1996.

BRASIL. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2010. 46 p.

BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 12 set. 1990. Suplemento.

BRASIL. Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2191, 5 fev. 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9434.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9434.htm). Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Lei n. 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 13 fev. 1998.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 3 out. 2003.

BRASIL. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal**. Relator: Ministro Marco Aurélio de Melo. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal, 12 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução n. 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em: 5 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria SAES/MS n. 1399, de 17 de dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília-DF. **Diário Oficial da União**, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRUM, Eliane; DINIZ, Débora. *Uma História Severina*. Produção de Fabiana Paranhos. ANIS, 2005.

BUCKMAN, R. A. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. **Community Oncology**, v. 2, n. 2, p. 138-142, 2000.

CABETE, Eduardo L. S. **Eutanásia e Ortotanásia**. Comentários à Resolução 1.805/06 CFM: Aspectos Éticos e Jurídicos. Curitiba: Juruá, 2009. 124 p.

CAMPOS, Marcela O. *et al.* Testamento Vital: percepção de pacientes oncológicos e acompanhantes. **Bioethikos – Centro Universitário São Camilo**, v. 6, n. 3, p. 253-259, 2012.

CARDONA, Lluís. **Genética**: de Darwin al genoma humano. Barcelon: Editorial Océano, 2002. 186 p.

CARLINI, Angélica L. A judicialização da Saúde no Brasil e a Participação Política na Construção de Orçamentos. *In*: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19., 2010, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3201.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2010.

CARNEIRO, Larissa A. *et al.* O Ensino da Ética nos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 412-421, 2010.

CARREIRO, Natália S. C.; OLIVEIRA, Aline A. S. Interconexão entre Direito e bioética à luz das dimensões teórica, institucional e normativa. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

CARRILLO ESPER, Raúl; CARVAJAL RAMOS, Roberto; VILLASEÑOR OVIES, Pablo. La Etapa Terminal de la vida en la unidad de terapia intensiva. **Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva**, v. 18, n. 6, p. 173-191, nov./dez. 2004.

CHAUÍ, Marilene. **Filosofia**. São Paulo: Ática, 2002.

CICCONE, Lino. **Revista Bioética**. Historia. Principios. Cuestiones. 2. ed. Madrid, 2006. 477 p.



COMTE-SPONVILLE, André. **Diccionario Filosófico**. Barcelona: Paidós Contextos, 2003. 576 p.

CONEP. **Relação dos CEPs Ativos na CONEP**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em: 2 fev. 2011.

CONSEJO EUROPA. COMISIÓN EUROPEA. **Comunicación de la Comisión sobre el Recurso al Principio de Precaución**. Aprovada em 2 de fevereiro de 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução n. 564/2017. Brasília, DF, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução n. 1.931, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília, DF, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação nº 8/2015**. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. Brasília, DF: CFM, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.021 de 1980. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, Parte II, 22 out. 1980.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.952 de 2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. (Revoga as Resolução CFM nº 1407/1998 e 1408/1998). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 133, 7 jul. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.957 de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 79, 6 jan. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.995 de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 269-270, ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.989 de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 308-309, 14 maio 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.144 de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 138, 22 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM n. 2156/2016**. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 5 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.168 de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 73, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 2.173/2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, p. 274-276, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução CFM n. 2.314/2022**. Brasília, DF, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). **Resolução do CFM n. 1.598/2000**. Brasília, DF, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE CONTROLE DE EXPERIMENTAÇÃO ANIMAL – CONCEA. **Diretriz brasileira para o cuidado e a utilização de animais para fins científicos**. Brasília, DF: DBCA, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. Ética e Integridade na Prática Científica. Disponível em: [http://www.cnpq.br/normas/lei\\_po\\_085\\_11.htm](http://www.cnpq.br/normas/lei_po_085_11.htm). Acesso em: 18 jan. 2012.

CORDI, Cassiano. Do mito à razão. In: Vários autores. **Para filosofar**. 4. ed. São Paulo: Scipione, 2003. p. 11-28

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia**. São Paulo: Saraiva, 2003. 336 p.

DADALTO, Luciana. Reflexos jurídicos da Resolução CFM 1.995/12. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013.

DALL'AGNOLL, Darlei. **Equilíbrio reflexivo na Bioética**. Disponível em: <http://www2.ufpel.edu.br/isp/dissertatio/revistas/34/06.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

D'AMICO, Thomas A. *et al.* No Heroic Measures: How Soon Is Too Soon to Stop? **Ethics in Cardiothoracic Surgery**. Charleston: Elsevier, n. 87, p. 11-18, 2009.

D'ÁVILA, Roberto L. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. **Revista Bioética**, v. 18, n. 2, p. 311-327, 2010.

DALLARI, Sueli G. A Bioética e a Saúde Pública. *In*: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, p. 205-216, 1998. 302 p.

DANTAS, Flávio; SOUZA, Evandro G. S. Ensino da Deontologia, Ética Médica e Bioética nas Escolas Médicas Brasileiras: uma revisão sistemática. **Revista brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 507-517, 2008.

DAVIS, Melinda. **A nova cultura do desejo**. Rio de Janeiro: Record, 2003. 301 p.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. p. 54. (Coleção Os Pensadores).

DESCARTES, René. **Princípios de Filosofia**. Brasil: Hemus, 2007. 106 p.

D'ESPÍNDULA, Thereza C. A. S. Judicialização da medicina no acesso a medicamentos: reflexões bioéticas. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 438-447, 2013.

DI VICENZO, A. Transplante de Órgãos. *In*: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira (coord.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida: Santuário, 2001. 1161 p.

DIAS, Marcos A. B. *et al.* Avaliação da demanda por cesarianas e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do setor de saúde suplementar do Rio de Janeiro. *In*: GUILHEM, Dirce; DINIZ, Débora; ZICKER, Fabio. **Pelas lentes do cinema: Bioética e Ética em pesquisa**. Brasília, DF: Letras Livres, 2007. 216 p. p. 135-157.

DINIZ, Débora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e Aborto. *In*: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p. p. 125-137.

DUCH, Lisbeth Ferrari. Discussão do caso 5. *In*: OSELKA, Gabriel. **Bioética Clínica**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Centro de Bioética, 2008.

EIDT, Viviani; BRUNERI, Giuseppe D; BONAMIGO, Elcio L. Ordem de não reanimar sob a perspectiva de pacientes oncológicos e seus familiares. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 395-403, 2017.

ENGELHARDT, Tristram H. **Fundamentos da Bioética**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004. 518 p.

ENGELHARDT, Dietrich V. La verdad junto al lecho del enfermo en un panorama histórico. *In*: ENGELHARDT, Dietrich V. *et al.* **Bioética y Humanidades Médicas**. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004. 231 p. p. 177-186.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. **The Patient Self-Determination Act of 1990**. Washington, DC: House of Representatives, 1990. p. 1-9

FABRIS, Eveline *et al.* Perspectiva bioética da sedação e analgesia de pacientes em fim de vida: um estudo em hospital Universitário. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 8, n. 3, p. 251-261, 2014.

FERRARI, José; LIMA, Naiara M. Atitude dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho. **Revista Bioética**, Rondônia, v. 18, n. 3, p. 645-658, 2010.

FERRER COLOMER, Modesto. Secreto profesional, veracidad y consentimiento informado. Objeción de Conciencia. *In*: TOMÁS GARRIDO, Gloria M. **Manual de Bioética**. Barcelona: Ariel, 2001. p. 125-139. 478 p.

FORTES, Paulo A. de C.; ZOBOLI, Elma L. C. P. Bioética e Saúde Pública. **Cadernos Centro Universitário São Camilo**, v. 12, n. 2, p. 41-50, abr./jun. 2006.

FRANÇA, Genival Veloso. **Comentários ao Código de Ética Médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRANÇA, Genival Veloso. **Direito Médico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

FRANCISCONI, Carlos F.; GOLDIM, José R.; LOPES, Maria H. I. O papel dos Comitês de Bioética na humanização da assistência à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p. 147-157, 2002.

FREIBERGER, Miguel H.; CARVALHO, Diego de; BONAMIGO, Elcio L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, p. 318-325. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272316>. Acesso em: 5 fev. 2023.

FREITAS, Corina B. D.; HOSSNE, William S. Pesquisa com seres humanos. In: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p. p. 193-204.

FREITAS, Corina B. D.; NOVAES, Hillegonda M. D. Liderança de Comitês de Ética em Pesquisa no Brasil: perfil e atuação. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 185-200, 2010.

FRIZZO, Karla *et al.* Percepção dos acadêmicos de medicina sobre cuidados paliativos de pacientes oncológicos terminais. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 7, n. 4, p. 367-375, 2013.

FUKUYAMA, Francis. **El fin del hombre**. Barcelona: Editora Sine Qua Non, 2002. 410 p.

GALTON, Francis. "Eugenics: Its Definition, Scope, And Aims". **The American Journal of Sociology**, v. 10, n. 1, jul. 1904. Disponível em: <http://www.galton.org>. Acesso em: 19 jul. 2006.

GALTON, Francis. "Studies in Eugenics". **American Journal of Sociology**, v. 11, Issue 1, p. 11-25, jul. 1905. Disponible en: <http://www.galton.org>. Acesso em: 19 jul. 2006.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética de Intervención. Bioética de Protección. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). **Diccionario Latino-americano de Bioética**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660 p.

GASCÓN ABELLÁN, Marina. **Los Comités Asistenciales de Ética (CAE). Un año de funcionamiento del CAE del Área de Salud de Albacete**. **REV CLÍN MED FAM**, v. 3, n. 2, p. 110-113, 2010.

GERBER, Viviane K. de Q.; ZAGONEL, Ivete P. S. A ética no ensino superior na área de saúde: uma visão integrativa. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 168-178, 2013.

GOLDIM, José R. **Caso Baby Doe**. 1997a. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/babydoe.htm>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GOLDIM, José R. **Comitês de Bioética**. Primeira Citação Bibliográfica, 1997b. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/cbioteel.htm>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GOLDIM, José R. **Bioética**. Definição de Bioética - Reich 1978. 1997c. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/bioet95.htm>. Acesso em: 3 mar. 2012.

GOLDIM, José R. *et al.* **A Experiência dos Comitês de Ética no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. **Revista Bioética**, v. 6, n. 2, p. 211-216, 1998.

GOLDIM, José R. **Caso Ann Karen Quinlan**. 1997. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/karenaq.htm>. Acesso em: 20 jan. 2023.

GOLDIM, José R. 1999. **O Caso Tuskegee**: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.htm>. Acesso em: 13 jun. 2023.

GÓMEZ SANCHO, M. **Como dar las malas noticias en medicina**. Madrid: Editora Arán, 2006.

GONZALES-BLASCO, Pablo *et al.* El cine en la formación del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje. **Persona y Bioética**, v. 2, n. 33, p. 114-127, 2009.

GOODNOUGH, Lawrence T.; SHANDER, Aryeh; SPENCE, Richard. Bloodless medicine: clinical care without allogenic blood transfusion. **Transfusion**, v. 43, n. 19, p. 668-676, 2003.

GORDON, Richard. **A Assustadora história de pacientes famosos e difíceis**. São Paulo: Record, 1999. 283 p.

GRACIA, Diego. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Triacastela, 2008. 605 p.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Med Clin (Barc)**, v. 117, p. 18-23, 2001.

GRACIA, Diego. **Pensar a Bioética**: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2010. 566 p.

GRISARD, Nelson. Ética Médica e Bioética: a disciplina em falta na graduação médica. **Revista Bioética**, v. 10, n. 1, p. 97-114, 2002.

GUILHEM, D; DINIZ, D.; ZICKA, F. (Ed.): *Pelas Lentes do Cinema: Bioética e Ética em Pesquisa*. Brasília: Ed. UnB, 2007. 216P.

HABERMAS, Jürgen. **El futuro de la naturaleza humana**. ¿Hacia una eugenesia liberal? Barcelona: Paidós, 2002. 152p.

HÄYRY, Matti. "Precaution and solidarity". **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**. Cambridge: University Press, v. 14, p. 199-206, 2005.

HERRERA FRAGOSO, Agustín A. **La nueva Eugenesia, Bioética y Derechos Humanos**. México: PAC, 2007.

HOSSNE, William S. Bioética ou princípios ou referenciais? São Paulo: **Mundo Saúde**, v. 30, n. 4, p. 673-676, out./dez. 2006.

HOSSNE, William S. Dos referenciais da Bioética – a Prudência. **Revista Bioethikos**, v. 2, n. 2, p. 175-186, 2008.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mario de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

ICETA GAVICAGOGEOASCOA, Mario. **Futilidad y Toma de Decisiones en Medicina Paliativa**. Córdoba: Cajasur Publicaciones, 1997. 306 p.

JACOBI, Pedro. Educação ambiental e o desafio da sustentabilidade socioambiental. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 4, p. 524-531, 2006.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. 296 p.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011. 309 p.

JONAS, Hans. **El Principio de Responsabilidad**. Barcelona: Herder, 2004.

JORGE, Miguel Tanús *et al.* Abrangência de ação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 308-316, 2007.

JOUBE, Nicolás. **Explorando los genes: del big-bang a la nueva biología**. 2. ed. Madrid: Encuentro, 2008.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. 510 p. (Coleção Os Pensadores).

KARPPINEN, H. *et al.* Living wills and end-of-life care of older people suffering from cardiovascular diseases: A ten-year follow-up. **Eur Geriatr Med.**, v. 5, n. 1, p. 31-34, 2014.

KAWAMURA, Kelson *et al.* Comitê Hospitalar de Bioética: êxitos e dificuldades. **Revista Bioética**, v. 20, n. 1, p. 140-149, 2012.

KFOURI, Miguel. **Responsabilidade Civil do Médico**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

KIPPER, Délio J. *et al.* In: SIQUEIRA, José E.; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio (org.). **Bioética Clínica**, São Paulo: Gaia, v. 1, p. 211-243, 2008.



KIPPER, Délio J.; LOCK, Jussara de A.; GAUER, Gabriel J. Comitês Institucionais de Bioética. *In*: SIQUEIRA, José E.; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio J. (org.). **Bioética Clínica**, São Paulo: Gaia, v. 1, p. 197-207, 2008.

KOTTOW, Miguel. Bioética de Protección. *In*: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). **Diccionario Latino-americano de Bioética**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660 p.

KOTTOW, Miguel. **Introducción a La Bioética**. Chile: Editora Mediterraneo, 2005. 267 p.

LACADENA, Juan-Ramón. **Genética y bioética**. 2. ed. Madrid: Comillas, Desclée de Brouwer, 2003. 719 p.

LEAL, Fátima. Transmissão de más notícias. **Revista Port Clin Ger.**, v. 19, p. 40-43, 2003.

LECH, Simone S.; DESTEFANI, Amanda dos S.; BONAMIGO, Elcio L. Percepção dos pacientes sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência ACBS**, v. 4, p. 69-78, 2013.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

LEÓN, Francisco J.; ARAYA, Jorge; NIVELLO, Mónica. Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. **Rev. Medicina y Humanidades**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2010.

LEONE, S. Ecologia. *In*: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira (coord.). **Dicionário de Bioética**. Aparecida, SP. Santuário, 2001. 1162 p.

LIMA, Alberto E. A. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? **Revista Argentina de Cardiología**, v. 71, n. 3, maio/jun. 2003.

LOURRNÇO, Daniel Braga. **Qual o valor da natureza?** Uma introdução à ética ambiental. Editora Elefante, 2019. 448 p.

LYONS, Albert; PETRUCELLI, Joseph. **História da Medicina**. São Paulo: Manole, 1997. 615 p.

LOPES, Alejandro R. Naturaleza y artificio. *In*: LEONE, Salvino; PRIVITERA, Salvatore; CUNHA, Jorge Teixeira (coord.). **Dicionario latinoamericano de Bioética**. Aparecida, SP. Santuário, 2008. 657 p.

LOPEZ CAMPILLO, Antonio. **El genoma para peatones**. 2. ed. Madrid: Páginas de Espuma, 2004. 148 p.

LUCENA, Jorge A. et al. Considerações éticas sobre o aborto e a doação de órgãos de fetos anencéfalos. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 391-405, 2009.

LUIS VELAZQUEZ, José. **Del homo al embrión**. Barcelona: Gedisa, 2003.

MACHADO, Tereza R. de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, dez. 2014.

MACKLIN, Ruth. Bioética, vulnerabilidade e proteção. *In*: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Léo. **Bioética Poder e Injustiça**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 59-70.

MALIANDI, Ricardo; THÜER, Oscar. **Teoria y Praxis de los Principios Bioéticos**. Argentina: Ediciones de la UNLA, 2008. 310 p.

MARCILLA, Eduardo U. El comité de ética asistencial del Hospital Virgen del Camino. Nuestra experiencia (1997-2004). **Cuadernos de Bioética**, v. 16, n. 2, p. 248-255, 2005.

MARCONDES, Danilo. **Inicição à história da filosofia**: dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. 298 p.

MARCONDES, Danilo. **Textos Básicos de Ética**: de Platão a Foucault. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 184 p.

MARCONDES, Danilo. **Textos básicos de Filosofia**: dos Pré-Socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000. 184 p.

MARTIN, Leonard M. Eutanásia e Distanásia. *In*: VVAA. **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 320 p. p. 171-192.

MELLO, Daysi G. Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 4, n. 1-2, p. 49-68, 2008.

MENDONÇA, Márcia H.; SILVA, Marco A. M. Vida, Dignidade e Morte: Cidadania e Mistanásia. **Yusgentium**, v. 9, n. 6, p. 151-190, 2014. Edição Extra.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=20911](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911). Acesso em: 28 jan. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. 4. ed. Brasília, DF: Editora MS, 2006. 137 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.508**, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de consolidação n. 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/farmacia-popular%20old/legislacao/prc-5-portaria-de-consolida-o-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>. Acesso em: 9 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.407**, de 5 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. Brasília, DF, 1998. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=848](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=848).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.820**, 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde, Seção I, p. 59, 2012.

MINYERSKY, Nelly; FLAH, Lilli. Identidad familiar y derecho a la identidad. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). **Diccionario Latinoamericano de Bioética**. Unesco: Universidad Internacional de Colombia, 2008. 660 p. p. 324-327.

MONTEIRO, R da S. F.; SILVA JUNIOR, A.G. da. Diretivas antecipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. **Bioética**, v. 27, n. 1, p. 86-97, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MONTESQUIEU. **Do espírito das leis**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. 569 p.

MORAES, Edvaldo L. *et al.* Desconexão do ventilador mecânico de não doadores de órgãos: percepção de médicos intensivistas. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 419-426, 2011.

MORAES, L. J. A. de; TREVISAN, G.; CARVALHO, D. de; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Percepção de estudantes e médicos sobre autonomia na doação de órgãos. **Bioética**, p. 28, n. 1, p. 58-68, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281367>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MORATALLA, Tomás D.; GRANDE, Lydia F. **Bioética narrativa**. Escolar y Maio, Madrid, 2013. 199 p.

MOREIRA, Márcia A. D. M. *et al.* Testamento vital na prática médica: compreensão dos profissionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 168-178, 2017.

MORITZ, Rachel D. *et al.* Avaliação do uso da Clonidina para Sedoanalgesia de pacientes sob ventilação mecânica prolongada, internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, jan./mar. 2008.

MORITZ, Rachel D.; BEDUSCHI, G.; MACHADO, F. O. Avaliação dos Óbitos Ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). **Rev Assoc Med Bras.**, v. 54, n. 5, p. 390-395, 2008.

MORUS, Thomas. **A Utopia**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010. 154 p.

MOURA, Dione O. O cinema entre o silêncio dos sentidos e a polissemia curva. *In*: GUILHEM, Dirce; DINIZ, Débora; ZICKER, Fabio. **Pelas lentes do cinema**: Bioética e Ética em pesquisa. Brasília, DF: Letras Livres, 2007. 216 p.

MUNANGA, Kabengele. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. Palestra proferida no 3º Seminário de relações raciais e educação. PENESB-RJ, 5 nov. 2003. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/downloads/09abordagem.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2011.

MUÑOZ, D. R.; MUÑOZ, D. **Bioética**: o novo caminho da ética em saúde. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 8, n. 1-2, p. 1-6, 2003a.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, M. D. O Ensino da Ética nas Faculdades de medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 2, p. 114-124, 2003b.

MUÑOZ, Daniel R.; FORTES, Paulo A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. *In*: COSTA, Sergio I. F.; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coord.). **Iniciação à Bioética**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. 302 p. p. 53-70.

MUZUR, Amir; SASS, Hans-Martin (Editores). **Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics**. The Future of Integrative Bioethics. Berlin, Lit, 2012.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Erradicação da Pobreza**. Documentos Temáticos. 2016. Disponível em: [https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-1-Eradica%C3%A7%C3%A3o-da-Pobreza\\_11junho2017.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-1-Eradica%C3%A7%C3%A3o-da-Pobreza_11junho2017.pdf). Acesso em: 12 abr. 2017.

NETTO CEZAR, Pedro Henrique *et al.* A sétima arte e a arte de viver: o cinema e o "ensino" de Bioética. **Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em ensino de ciências da Saúde e Ambiente**, v. 3, n. 2, p. 121-133, 2010.

OLIVEIRA, Fátima de. **Bioética uma Face da Cidadania**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2007.

OLIVEIRA JÚNIOR, Eudes Q. Aspectos éticos e legais da clonagem. **Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 5, n. 4, p. 401-410, 2011.

OLIVEIRA, Maria Z. P. B.; BARBOSA, Rita M. dos S. P.; BARBAS, Stela. O exercício da autonomia do idoso no tratamento médico. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 307-317, 2012.

OLIVEIRA, Renata R.; SIQUEIRA, José E. de; MATSUO, Tiemi, **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Rio sobre o meio ambiente e desenvolvimento**. Programa 21. Rio de Janeiro, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.or>. Acesso em: 18 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aborto sin riesgos – Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud**. Genebra, 2003. 106 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Policies and Managerial Guidelines**. Geneva, 2002. 180 p. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

PEPE, Vera L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 461-471, 2010.

PESSALACIA, Juliana D. R.; FERNANDES, Gustavo; CURY, Patrícia M. Percepção de acadêmicos de Medicina e Enfermagem quanto à importância do comitê de ética em pesquisa. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 213-223, 2010.

PESSINI, Leo. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013.

PESSINI, Léo. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2008. 254 p.

PESSINI, Léo. **Ministério da Vida**. 25. ed. Aparecida, SP. Santuário, 2005.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de P. **Problemas atuais de Bioética**. 9. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010. 627 p.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Lúcia. Introdução. *In*: PESSINI, Léo; BERTACHINI, Lúcia (coord.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2009. p. 1-8.

PESSINI, Leo; RICCI, Luis A. L. Mistanásia: um novo conceito bioético que entra na agenda da bioética brasileira. *In*: SIQUEIRA, José E. *et al.* **Bioética Clínica**. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Bioética, 2016. p. 95-119.

PESSINI, Leocir. **Distanásia**: até onde avançar sem agredir? 3. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2007. 430 p.

PETRY, Patrícia *et al.* Comitê de Bioética: uma proposta para a atenção básica à saúde. **Bioethikos**, v. 4, n. 3, p. 258-268, jul./set. 2010.

PICCINI, Cleiton F. *et al.* Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. **Bioethikos**, v. 5, n. 4, p. 384-391, 2011.

PINHEIRO, Thais R. P. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 3, p. 320-326, 2010.

PLATÃO. **A República**. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 417 p.

PLATÃO. **As Leis incluindo Epinomis**. 2. ed. São Paulo: Edipro, 2010. 543 p.

PONTIFÍCIO CONSELHO JUSTIÇA E PAZ. **Compêndio da Doutrina Social da Igreja**. São Paulo: Edições Paulinas, 2008. 528 p.

PORTO, Dora. O diálogo da Bioética: minorias éticas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 4, n. 1-2, p. 24-34, 2008.

POSTIGO SOLANA, Elena. **Concepto de Bioética y corrientes actuales**. 2006. Disponível em: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4335/757/>. Acesso em: 23 jan. 2011.

POTTER, Van R. Bioethics, the science of survival. **Biology and Medicine**, v. 14, n. 1, autumn 1970.

PUTZEL, Elzio L.; HILLESHEIN, Klisman D.; BONAMIGO, Elcio L. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 24, n. 3, p. 596-602, 2016.

RADBRUCH, Lukas *et al.* Eutanásia e suicídio medicamente assistido: A white paper - "Livro Branco" - da European Association for Palliative Care - EAPC (Associação Europeia de Cuidados Paliativos). Tradução Bárbara Maia. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 2, p.104-116, 2016.

RAWLS, John. **Teoría de la Justicia**. México: Editora Fondo de Cultura Económica, 2006.

RECH, Caroline; AMORETTI, Rogério. O cinema como ferramenta para a discussão bioética em um grupo hospitalar no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Bioética**, Suplemento, v. 14, 2018.

RIBAS-RIBAS, Sebastian. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. **Med Clin (Barc)**, v. 126, n. 2, p. 60-66, 2006.

RIBEIRO, Diaulas C. Autonomia e Consentimento Informado. *In*: RIBEIRO, Diaulas C. **A relação Médico-Paciente**: velhas barreiras, novas fronteiras. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010. 256 p. p. 187-229.

SAGRADA CONGREGAÇÃO PARA A DOCTRINA DA FÉ. **Declaração sobre a eutanásia**. Aprovada em Roma, no dia 5 de maio de 1980. Disponível em: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_d\\_c\\_19800505\\_euthanasia\\_po.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_d_c_19800505_euthanasia_po.html). Acesso em: 8 jan. 2010.



SÁNCHEZ GONZALES, Miguel A. Testamentos Vitais e Diretivas Antecipadas. In: RIBEIRO, Diaulas C. **A relação Médico-Paciente: velhas barreiras, novas fronteiras**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2010. 256 p. p. 187-229.

SANTA CATARINA. Estado. Lei n. 13.324, de 20 jan. 2005. Dispõe sobre a Cartilha dos Direitos do Paciente e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. **Diário Oficial do Estado**. Florianópolis, SC, 20 jan. 2005.

SANTOS, Maria de F. O. *et al.* Avaliação do conhecimento dos anestesiológicos sobre cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 22, n. 2, 2014.

SANTOS, Mary L. *et al.* Protocolo de pesquisa: o desafio do aprimoramento ético. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 201-211, 2010.

SÃO PAULO. Estado. Lei n. 10.245, de 25 março de 1999. Dispõe sobre o fornecimento, pelo Estado, de luvas e máscaras descartáveis aos profissionais da área odontológica da rede pública estadual. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, SP, 26 mar. 1999.

SAVARIS, Priscila K. *et al.* Julgamento simulado como estratégia de ensino da Ética Médica. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2013.

SCARPELLI, Ana C.; FERREIRA, Efigênia F.; ZARZAR, Patrícia M. P. A. Vulnerabilidade socioeconômica versus autonomia na pesquisa em saúde. **Bioética**, v. 15, n. 2, p. 298-307, 2007.

SCHLEMPER JÚNIOR, Bruno R. Os comitês de Ética em pesquisa: desafios em tempos de mudanças na declaração de Helsinque. In: CAPONI, Sandra *et al.* (org.). **Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Palhoça: Ed. da Unisul, 2010. p. 316-343.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Fundamentos de Ética Biomédica. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. 686 p.

SGRECCIA, Elio. **Manual de Bioética**. Fundamentos da Ética Biomédica. Portugal: Principia, 2009. 958 p.

SILVA, Alexandre Barbosa da; SCHULMAN, Gabriel. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 290-300, 2017.

SILVA, José A. C. *et al.* Conhecimento de estudantes de medicina sobre o testamento vital. **Revista Bioética**, v. 23, n. 3, p. 563-571, 2015.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Falando da Comunicação**. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (coord.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina, 2008.

SILVA, F. V. M. da; SANTOS, A. C. G. A regulamentação brasileira sobre telemedicina: um impulso dado pelo COVID-19 em busca da garantia do acesso à saúde. **Revista do CEPEJ**, n. 23, 2021. Disponível em: <https://revista.cepej.com.br/index.php/rcepej/article/view/63/33>. Acesso em: 20 jun. 2023.

SILVEIRA, Paulo V. P. *et al.* Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 61-75, 2009.

SIMÓN-LORDA, Pablo *et al.* Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. **Atención Primaria**, v. 40, n. 2, p. 61-66, 2008.

SIQUEIRA, José E. Educação em Bioética. In: SIQUEIRA, José E.; ZOBOLI, Elma; KIPPER, Délio J. (org.). **Bioética Clínica**. São Paulo: Gaia, p. 15-35, 2008.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE BIOÉTICA. **Declaración Bioética de Gijón** (ES). Gijón España, 20-24 jun. 2000.

SOUZA, Miriam V. F.; HOSSNE, William S. Opinião de alunos de graduação em nutrição sobre alimentos transgênicos. **Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 412-422, 2010.

STOLZ, Camila *et al.* Manifestação das vontades antecipadas do paciente como fator inibidor da distanásia. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 833-855, 2011.

STORINO, Rubén. Enfermedades de la pobreza. In: TEALDI, Juan C. (Dir.). **Diccionario Latino-americano de Bioética**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008. 660 p.

SWIECH, Liliane M. *et al.* Aspectos Bioéticos da Judicialização da Saúde. *In: SILVA, Josimário; BONAMIGO, Elcio L. Bioética: pontos de mutação de uma sociedade em mudanças.* São Paulo: All Print, 2013. p. 133-150.

TAPAJÓS, Ana M. Sistemas hegemônicos e pesquisas em terceiro mundo. **Revista Bioética**, v. 15, n. 2, p. 238-247, 2007a.

TAPAJÓS, Ricardo. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. **Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 21, p. 165-172, jan./abr. 2007b.

TEALDI, Juan C. (Dir.). **Diccionario Latino-americano de Bioética.** Bogotá: Unesco, 2008a. 660 p.

TEALDI, Juan Carlos. Comités hospitalarios de ética. *In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). Diccionario Latinoamericano de Bioética.* Unesco: Universidad Internacional de Colombia, 2008b. p. 324-327.

TEEL, K. The physician's dilemma; a doctor's view: what the law should be. *Baylor Law Review*, v. 27, p. 6-9, 1975.

THE BELMONT REPORT. Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

THIBES, Jandira. Transfusão de Sangue em Testemunhas de Jeová x Responsabilidade Médica. **Revista de Direito**, v. 12, n. 16, p. 21-41, 2009.

TOMÁS GARRIDO, Gloria M. **Cuestiones Actuales de Bioética.** Navarra Espanha: EUNSA, 2006.

TOMÁS GARRIDO, Gloria M. **Manual de Bioética.** Barcelona: Editorial Ariel, 2001. 478 p.

TOMÁS Y GARRIDO, Consuelo M.; TOMÁS Y GARRIDO, Gloria M. **La vida humana a través del cine: cuestiones de antropología y bioética.** 2. ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias, 2005. 320 p.

UNESCO. **Declaração Universal dos Direitos dos Animais**. Aprovada no dia 27 de janeiro de 1978, Bruxelas, 1978.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa, Portugal, 2005. Disponível em: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_por](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por).

UNESCO. **Informe del Grupo de Expertos sobre el Principio Precautorio**. Paris, 25 marzo 2005.

UNESCO. **Report of the International Bioethics Committee of Unesco (IBC): On Consent**. 2008.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Report of the International Bioethics Committee of Unesco (IBC): On Consent**. 2008.

URBIOLA MARCILLA, Eduardo. El comité de ética asistencial del Hospital Virgen del Camino. Nuestra experiencia (1997-2004). **Cuad. Bioét.**, v. 16, 2005.

VANZELLA, Gustavo S. *et al.* Diretivas antecipadas na perspectiva da população idosa. **Preprints**, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.5989>. Acesso em: 13 maio 2023.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Phisic Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VICTORINO, João Paulo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Doação de órgãos: tema bioético à luz da legislação. **Revista Bioética**, v. 25, n. 1, p. 138-147, 2017.

VIDAL, Susana. Comités de Ética de la investigación. *In*: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). **Diccionario Latinoamericano de Bioética**. Unesco: Universidad Internacional de Colombia, 2008. 660 p. p. 366-369.

VIDAL-BOTA, Joan; SARRIAS LORENZ, Xavier; ROS SEVILLA, Fernando. ¿Están siendo útiles los Comités Asistenciales de Ética? **Cuad Bioet**, v. 17, 2006.

VILAS-BOAS, Maria E. Alocação de órgãos e tecidos e a disciplina dos transplantes. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 639-658, 2011.

YAÑEZ PAREJA, Enrique. Genómica y reproducción: ¿hacia una nueva eugenesia? In: ABADIA MOLINA, Francisco. **Genoma Humano: nuevas perspectivas**. Granada: Biblioteca de Bolsillo, 2004. 221 p. p. 159-194.

WIKIPEDIA. Pobreza. Data da última revisão: 14 março 2023. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Pobreza>.

ZAGO, B. *et al.* Bioethical Aspects of Health Judicialization for drugs in 13 Municipalities in the Midwest of Santa Catarina, Brazil. **Acta Bioethica**, v. 22, n. 2, 2016. Disponível em: <https://auroradechile.uchile.cl/index.php/AB/article/view/43768>. Acesso em: 6 jul. 2023.

ZOBOLI, Elma. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013.



# ÍNDICE REMISSIVO

<b>Aborto</b> .....	<b>33, 34, 48, 81, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 178, 187, 191, 201, 317, 318, 319</b>
<b>Alegoria da caverna</b> .....	<b>65, 67, 328</b>
<b>Anencefalia</b> .....	<b>48, 136, 137, 142, 215, 216, 217, 319</b>
<b>Autonomia</b> .....	<b>31, 36, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 89, 92, 93, 95, 97, 102, 106, 113, 134, 136, 143, 153, 156, 161, 165, 168, 170, 171, 195, 197, 209, 212, 217, 220, 229, 230, 238, 240, 241, 251, 254, 256, 259, 260, 261, 263, 264, 280, 281, 282, 283, 284, 287, 303, 304, 313, 319, 321</b>
<b>Autonomia do idoso</b> .....	<b>92, 93</b>
<b>Autonomia em cesarianas</b> .....	<b>77, 280</b>
<b>Autonomia em psiquiatria</b> .....	<b>93</b>
<b>Bebê medicamento</b> .....	<b>187, 188, 194, 201, 204, 205, 318</b>
<b>Belmont Report</b> .....	<b>32, 41, 44, 106, 221, 302</b>
<b>Beneficência</b> .....	<b>32, 36, 37, 38, 40, 44, 69, 70, 71, 75, 79, 93, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 106, 113, 149, 244, 258, 261, 284</b>

<b>Beneficência ideal .....</b>	<b>98</b>
<b>Bioética - Definição.....</b>	<b>31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 55, 58, 59, 64, 65, 69, 70, 71, 74, 84, 86, 89, 91, 95, 96, 106, 107, 112, 115, 116, 117, 123, 214, 125, 126, 131, 140, 153, 164, 167, 169, 170, 173, 196, 203, 219, 225, 237, 238, 246, 261, 263, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 304, 315, 316, 317, 318, 319, 321, 323, 324, 325, 326, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 340</b>
<b>Bioética de intervenção.....</b>	<b>46, 89</b>
<b>Bioética de princípios (principalista).....</b>	<b>39, 44, 45, 50, 69, 70, 71, 112</b>
<b>Bioética de proteção.....</b>	<b>46, 47</b>
<b>Caso Ann Karen Quinlan.....</b>	<b>40, 266</b>
<b>Caso Baby Doe .....</b>	<b>41, 267</b>
<b>Caso Diálise de Seattle.....</b>	<b>41</b>
<b>Caso Tarasoff .....</b>	<b>94</b>
<b>Caso Tuskegee .....</b>	<b>32, 39, 40, 44, 228, 302, 315</b>
<b>Células-tronco.....</b>	<b>173, 186, 187, 197, 198, 199, 200, 205</b>
<b>Cesarianas - Autonomia.....</b>	<b>77, 79, 280</b>
<b>Cinema .....</b>	<b>34, 203, 300, 315, 316, 317, 323, 324, 330, 334, 336</b>



Clonagem .....	33, 173, 193, 194, 196, 197, 206, 317, 320
Comitê de Bioética .....	84, 167, 263, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 279, 280, 281, 282, 323, 330 334, 335
Comitê de Ética em pesquisa .....	223, 224, 228, 229, 230, 239, 270, 310, 314
Comunicação de más notícias .....	164, 286, 288, 291, 298, 299, 307, 319, 332
Comunitarismo.....	108, 112, 240
Consentimento informado .....	34, 93, 271, 303, 304, 305, 310, 312
Criticismo .....	62
Cuidados paliativos.....	47, 101, 148, 149, 154, 157, 161, 162, 164, 165, 283, 293
Deliberação moral .....	271, 273, 274, 280, 281, 282, 283, 285, 331
Dilemas e problemas.....	173, 265
Diretivas antecipadas de vontade .....	33, 47, 74, 75, 93, 166, 168, 169, 170, 171, 322
Distanásia .....	102, 143, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 171, 251, 261
Dramatização .....	33, 34, 141, 299, 330, 332
Empirismo .....	56, 60, 61, 62, 63
Engenharia genética.....	173, 174, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 216
Epicurismo .....	59, 60

Escolha de sexo.....	84, 85, 188
Estratégias de ensino.....	32, 33, 330, 331, 333
Estudo de texto .....	33, 65, 330, 331, 332
Eugenia.....	85, 173, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 204, 205, 317, 320, 327
Eutanásia.....	33, 64, 101, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 162, 163, 165, 171, 251, 254, 255, 257, 318, 319, 320, 322
Fertilização in vitro.....	184, 201
Filas.....	110, 209
Filmes.....	203, 300, 315, 316, 317, 318, 319, 323, 326
Futilidade.....	102, 103, 151
Greve de fome .....	38, 76, 77
Hedonismo.....	60
Idoso.....	86, 92, 93, 169, 254, 255, 285
Igualitarismo .....	108, 110, 111, 112, 209, 210, 211, 217, 240
Internação compulsória .....	94
Internação involuntária .....	94, 95
Judicialização da saúde.....	238, 244, 246
Julgamento simulado .....	33, 34, 249, 250, 251, 252, 253, 258, 261, 262, 264, 329, 333

<b>Justiça</b> .....	32, 40, 41, 44, 55, 69, 70, 71, 94, 101, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 132, 209, 210, 216, 217, 221, 226, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 254, 255, 259, 266, 303, 321, 336
<b>Liberalismo</b> .....	59, 71, 108, 111, 112, 240
<b>Más notícias - Definição</b> .....	33, 34, 75, 164, 286, 287, 288, 290, 291, 297, 298, 299, 300, 307, 319, 322, 327, 332
<b>Matar e deixar morrer</b> .....	100, 102, 146, 171
<b>Medidas ordinárias e extraordinárias</b> .....	103, 271, 300
<b>Medidas proporcionais e desproporcionais</b> .....	103, 104, 251
<b>Meio ambiente</b> .....	33, 34, 50, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 177, 233, 237
<b>Método de Deliberação de Diego Gracia</b> .....	42, 45, 244, 265, 273, 275, 278, 304, 331
<b>Mistanásia</b> .....	143, 158, 159
<b>Morte encefálica</b> .....	33, 133, 137, 158, 214, 215, 218
<b>Não maleficência</b> .....	31, 32, 36, 40, 44, 69, 70, 99, 100, 102, 104, 105, 227, 240, 241
<b>Nietzsche – A corda estendida</b> .....	58, 65, 67, 340
<b>Objeção de consciência</b> .....	80, 81, 82, 138, 139, 142
<b>Oficina</b> .....	33, 218, 313, 330, 333
<b>Ordem de não reanimar</b> .....	95, 96, 166

Organismos geneticamente modificados .....	33, 173, 181, 182, 205
Ortotanásia.....	101, 143, 146, 147, 156, 157, 158, 171, 251, 261
Paciente psiquiátrico.....	94
Paternalismo .....	36, 37, 38, 72, 73, 97, 307
Personalismo .....	64, 71
Personificação do feto .....	132, 133, 139
Pesquisas.....	39, 40, 73, 74, 96, 106, 107, 171, 173, 182, 199, 205, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 232, 233, 235, 236, 237, 239, 302, 305, 307, 312, 321
Placebos.....	219, 221, 223, 225, 226, 227, 228, 307
Platão .....	37, 53, 54, 65, 72, 73, 144, 145, 328
Pobreza .....	86, 88, 89
Positivismo .....	57, 62, 63
Pragmatismo.....	63, 307
Princípio da autonomia .....	72, 73, 113, 241, 282, 284
Princípio da beneficência .....	38, 70, 71, 75, 79, 93, 96, 258, 261, 284
Princípio da justiça.....	41, 71, 104, 106, 221, 240, 321, 336
Princípio da não maleficência .....	99, 100, 105
Princípio da precaução.....	45, 71, 115, 125, 241
Princípio da totalidade ou terapêutico .....	113

Princípio do duplo efeito .....	114
Princípio do mal menor .....	113, 140
Protocolo Spikes .....	288, 289, 290, 297, 298, 299, 300, 301, 307, 319, 327
Psiquiatria e autonomia .....	93, 95
Racionalismo.....	55, 56, 60, 61, 62
Racismo .....	86, 89, 90, 91, 92
Recusa de tratamento .....	33, 34, 96, 101, 271, 279, 282, 283
Reduccionismo .....	63
Resolução 466/2012.....	227
Revelação de más notícias.....	300, 307, 322
Saúde pública.....	34, 41, 88, 107, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 335
Sedação paliativa .....	143, 146, 147, 161, 162, 163, 171, 251, 256, 261
Sedoanalgesia.....	161, 163, 164
Seminário .....	33, 143, 170, 171, 172, 203, 204, 205, 330, 332
Sigilo .....	33, 54, 94, 130, 131, 192, 238, 271, 306, 309, 313, 314, 339
Solidariedade .....	44, 45, 71, 245, 246
Sorteio.....	110, 111
Spikes.....	288, 289, 290, 297, 298, 299, 300, 301, 307, 319, 327

Suicídio assistido .....	104, 105, 143, 159, 160, 317, 318, 322
Técnicas de reprodução assistida .....	185
Teoria do risco global .....	118
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	136, 221, 224, 225, 238, 302, 305, 309, 310, 311, 312, 314, 333
Testamento Vital .....	47, 143, 152, 153, 165, 166, 167, 168, 318, 322, 323
Testemunhas de Jeová .....	82, 262, 263
Testes genéticos .....	173, 200, 202, 297
Transplantes.....	33, 34, 41, 110, 111, 137, 181, 194, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 311
Triagem genética.....	202
Utilitarismo.....	45, 57, 61, 63, 108, 109, 110, 111, 210, 211, 217, 240
Vulnerabilidade.....	45, 70, 85, 89, 226, 228, 230
Xenofobia .....	91