



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós- Graduação em Bioética**

**Regina Guzmán.**

**"Uma proposta de curso em Bioética para a graduação médica na América Latina: o caso do Uruguai"**

**Brasília – DF  
2014**



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Programa de Pós- Graduação em Bioética**

**Regina Guzmán.**

**"Uma proposta de curso em Bioética para a graduação médica na América Latina: o caso do Uruguai"**

**Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pos- Graduação em Bioética da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Bioética.**

**Orientador: Prof. Dr. Claudio Fortes Garcia Lorenzo.**

**Brasília – DF  
2014**

Guzmán, Regina

Uma proposta de curso em Bioética para a graduação médica na América Latina: o caso do Uruguai. Brasília, 2014.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Fortes Garcia Lorenzo

Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília / Programa de Pós- graduação em Bioética, 2014.

1. Bioética. 2. Ensino-aprendizagem. Educação médica. 4. América Latina. 5. saúde pública.

I. Guzmán, R. ; Lorenzo, CFG. Uma proposta de curso em Bioética para a graduação médica na América Latina: o caso do Uruguai

## **Folha de Aprovação**

Guzmán, Regina. 2012. "Uma proposta de curso em Bioética para a graduação médica na América Latina: o caso do Uruguai" Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pos- Graduação em Bioética da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Bioética.

Prof. Dr. Claudio Fortes Garcia Lorenzo.  
Universidade de Brasília – Orientador.

Prof. Dra. Dais Gonçalves Rocha.  
Univeridade de Brasília.

Prof. Dr. Mário Antônio Sanches.  
Universidade Católica do Paraná.

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento  
Univeridade de Brasília.

Dedico este trabajo a mis padres, mis hermanas, mis amigas y amigos que han sido el apoyo fundamental para continuar adelante frente a los retos académicos que me propuse.

A la Universidad de la República, querida casa de estudios que supo enseñarme sobre la sociedad, la justicia y la resistencia intelectual necesaria que toda universidad debe de tener.

A la Asociación de Estudiantes de la Facultad de Medicina, donde aprendí que la lucha en el área de la salud es un trabajo que continua durante toda la vida.

## **Agradecimientos:**

A mi padre, sin el que no hubiera sido posible realizar estudios de calidad, por su apoyo intelectual, afectivo, moral y político.

A mi madre, por su preocupación, sus palabras, su acompañamiento y su cariño cuando las cosas no iban bien.

A mis hermanas Luisa y Noeli, compañeras incansables del camino que siempre han estado a mi lado, para las buenas y las malas elecciones.

A mis amigas Isabel Schelleberg, Lucia Guevgeozian, Silvina Tejeira, Sabrina Umpierrez y Carolina Veirano que acompañaron mi auto exilio, me dieron fuerzas para seguir, y me orientaron cuando me sentía perdida. Amigas en términos políticos, pero hermanas en términos prácticos.

A mis amigos y compañeros Sebastian Toledo y Carolina Veirano, libres pensadores que compartieron conmigo la docencia de la Bioética en la Facultad de Medicina, donde pensamos que el camino recién comienza y donde soñamos que los obstáculos para el desarrollo académico de una Bioética Latinoamericana de calidad se están aproximando a su final.

Al Prof Hugo Rodriguez, que me integró a la Unidad Académica de Bioética, lo que me permitió llegar hasta un maestría en el área posteriormente.

A mis amigos brasileños Leandro y Camila, compañeros en el sentido mas amplio de la palabra, con quienes puede pensar un mundo mas amplio y mas complejo que antes no había podido imaginar.

A Cahola, mi amiga colombiana que siempre estuvo a mi lado, con quien aprendí mucho mas que de la matemática, la ingeniería, la cultura y la astronomía, me enseñó a pensar y a no encontrar límites cuando se quiere saber mas.

A mi orientador, Prof Caludio Lorenzo por confiar en mi, porque lleve su paciencia hasta el extremo, por su exigencia que siempre traía mas retos académicos por vencer, por enseñarme que un trabajo siempre puede estar mejor, pero que todo tiene su límite. Por mostrarme que la vida académica es una parte de la vida de un sujeto, y que los buenos académicos son mucho mas que bueno profesores e investigadores, que son sujetos sensibles, amables y abiertos.

A la Profa. Dais Rocha que me mostró ese hermoso mundo de la Salud Pública, y que el excelente nivel académico fuera de las áreas clínicas es posible y que debemos desarrollarlo. Por sus palabras cálidas y el afecto constante.

Al Prof. Wanderson Flor, que me acerco al mundo de la filosofía, que me ayudo a salir del mundo encasillado de las ciencias médicas para ver un panorama mas amplio de la realidad.

Al Programa de Pos Graduación en Bioética de la UnB, por aceptarme como su estudiante y permitirme conocer la Bioética de una forma en la que no lo hubiese posible en mi país.

A la traductora de este trabajo Graziela de Oliveira Aleixo França, que corrió junto a mi previo a la defensa y que continuo conmigo en los arreglos finales en los meses posteriores.

Sin ellos nada hubiera sido posible.

Resumo.

O início recente da bioética na década de 70 do século passado, foi seguido de uma rápida expansão no ambiente acadêmico e de investigação no campo das ciências da saúde. A bioética centrou-se principalmente no âmbito das práticas médicas no segundo e terceiro níveis de atenção, deixando de lado os demais elementos que fazem referência ao processo saúde-doença em seu contexto. Por outro lado assistimos o crescimento da produção acadêmica proposta pela bioética latinoamericana, que integra reflexões e proposições em referência ao contexto socioeconômico, cultural e político das práticas de saúde. Na América latina um número significativo de faculdades utilizam como fundamento as correntes teóricas anglo-saxônicas, tais como o modelo baseado em princípios proposto por Beuchamp e Childress. Em oposição a esta tendência, esforços originados na região tem se dirigido em fortalecer modelos de educação em bioética adaptados às suas características contextuais, assim como na abordagem integral das questões sanitárias e das desigualdades na saúde, em uma região caracterizada pela pobreza, pela falta de acesso a serviços e bens de saúde e pelo contexto de baixos recursos estatais. A busca por modelos de educação em bioética que sejam coerentes com os principais conflitos éticos da área da saúde na região deve estar em consonância com o desenvolvimento da produção acadêmica autóctone na área da bioética centrada em conflitos sanitários que envolvem a equidade e ou ameaçam a qualidade da saúde da população. Este trabalho teve a finalidade de desenvolver uma revisão da literatura para a construção de conteúdos curriculares para a graduação médica neste novo contexto de reforma sanitária e educacional, para a Faculdade de Medicina, da Universidade da República do Uruguai. A dissertação encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro capítulo descreve o contexto uruguaio, o processo de reforma sanitária e o novo plano de estudos da Faculdade de Medicina. O segundo capítulo descreve as correntes hegemônicas e contra-hegemônicas da bioética e seus campos de ação na busca de referenciais teóricos que fundamentem o desenho curricular de bioética proposto. Finalmente, no terceiro e último capítulo encontra-se a revisão e a discussão dos modelos de educação em bioética e a escolha de modelos possíveis de serem harmonizados ao projeto político-pedagógico da Universidade da República do Uruguai.

Palavras-chave: bioética, ensino-aprendizagem, educação médica, América Latina, saúde pública.

## Summary

The onset of bioethics in the 70s of last century was followed by a rapid expansion of the academic environment and research in the field of health sciences. Bioethics focused mainly within the medical practices at the second and third level, leaving aside other elements that make reference to the health-disease process in its context. On the other hand, we have witnessed the growth of academic production proposed by Latin American bioethics researchers, which integrates ideas and propositions referred to its particular socioeconomic, cultural and political contexts of health practices. In Latin America, a significant number of colleges use the Anglo-Saxon theoretical foundation chains, based on principles proposed in the Beauchamp and Childress model. In opposition to this trend, efforts originated in the region has led to strengthening education in bioethics models tailored to their contextual characteristics, as well as the integral approach to health issues and inequities in health in a region characterized by poverty, lack of access to services and health goods, and low state resources. The search for models of education in bioethics that are consistent with the main ethical conflicts in the health field in the region should be in line with the development of autochthonous scholarship in the area of bioethics, focused on conflicts involving health equity and threatening the quality or population health. This work aimed to develop a literature review for the construction of curricula for medical education in this new context of health and education reform, for the Faculty of Medicine at the University of Uruguay. The dissertation is divided into three chapters. The first chapter describes the Uruguayan context of health reforms and the new curriculum of the Faculty of Medicine. A second chapter describes the hegemonic and counter-hegemonic currents of bioethics and its fields of action in the pursuit of theoretical frameworks that support the curriculum design of the proposed bioethics. Finally, the third chapter is a review and discussion of models of education in bioethics and the election criteria to be standardized across the political-pedagogical project of the University of Uruguay.

Key words: bioethics teaching and learning, medical education, Latin America, public health.

## **Sumário**

Introdução.....	1
Sistema sanitário uruguaio e educação médica.....	4
Bioética, campos de ação e fundamentos.....	24
Proposta para a formação em bioética do curso médico na Universidade da República.....	54
Considerações finais. ....	77
Referências bibliográficas.....	80
Anexo.....	87

## **Introdução.**

O recente surgimento da bioética na década de 70 do século passado no hemisfério norte e sua posterior expansão a nível mundial surgem como uma necessidade de proporcionar uma análise reflexiva sobre aquelas questões que têm relação com as ciências da vida, onde se inclui a saúde, porém não se restringindo exclusivamente à mesma. O surgimento da bioética se dá em um contexto de expansão de desenvolvimento do bloco tecno- científico, com novos conflitos que surgem em torno de onde inicia e onde termina a vida, assim como o uso racional da ciência para o benefício da humanidade, no sentido de buscar uma utilização sustentável das ferramentas conquistadas recentemente na área científica que sejam capazes de assegurar o bem-estar no futuro.

Neste sentido, a bioética começa a se expandir como área de estudo, no primeiro momento em países desenvolvidos e posteriormente de forma global, começando a integrar os planos de estudo na graduação e posteriormente na pós-graduação, com disponibilidade de cursos de mestrado e doutorado no mundo inteiro. Isto trouxe consigo o aumento das publicações na área a nível mundial, bem como o desenvolvimento de investigação em bioética, focando sua atenção na área biomédica e biotecnológica, principalmente sustentada nos modelos anglo-saxões que entenderam a bioética antes restrita a estas áreas específicas.

A partir dos anos 90 na América Latina se inicia a expansão desta área principalmente em países como Brasil, Argentina, Chile e Cuba onde a construção acadêmica não se encontra restrita a modelos como biomédicos de saúde, mas sim integram a noção de contexto socioeconômico e cultural como determinantes no processo saúde-doença. É assim que os movimentos relacionados às reformas sanitárias latino americanas voltam sua atenção à bioética, com o objetivo de reestabelecer a união entre a ética e a política e sua inevitável relação dentro da área da saúde.<sup>1</sup> Desta forma se inclui o olhar das injustiças na área da saúde, a vulnerabilidade de sua população em termos socioeconômicos, e se impõe a discussão ético-política para a solução de conflitos sanitários entendendo que os mesmos não se restringem ao contexto clínico- assistencial pois encontram-se relacionados com um conjunto de variáveis que o determinam e impactam seus resultados finais.

A importância do contexto é fundamental para compreender os conflitos éticos e bioéticos da região em questão de saúde, já que os serviços sanitários, as características da população, bem como a designação de recursos destinados à construção das políticas sanitárias e sociais constroem o cenário sobre o qual a saúde das pessoas se dá e se desenvolve. Apesar de isto ser fundamental para a construção de uma bioética própria que analise os principais conflitos com os quais os profissionais de saúde se deparam, uma parte importante da região continua utilizando o modelo de

princípios de ética biomédica proposto por Beuchamp e Childress<sup>2</sup>, baseado na biomedicina no segundo e terceiro nível de atenção, de administração privada, liberada à área da saúde.

Diversos esforços têm sido realizados para superar a importância acrítica de modelos padronizados de resolução e reflexão de conflitos éticos, buscando integrar a visão real na qual a saúde dos habitantes da América Latina se desenvolve, assim como ocorre com os serviços sanitários voltados ao primeiro nível de atendimento, os conflitos em relação à pobreza, o analfabetismo, o forte componente estatal na regulamentação dos serviços sanitários com tendência à equidade na saúde, entre outros. É nesta perspectiva que a Rede de Bioética para América Latina e Caribe, a UNESCO desenvolve cursos de especialização à distância para formação de profissionais e docentes com a finalidade de integrar a visão regional de investigação em bioética clínica e social.<sup>3</sup>

É assim que do lado sul trabalha-se para fortalecer o desenvolvimento da bioética a nível regional, com o objetivo de procurar modelos teóricos que guiem a formação de docentes e profissionais que se relacionam com a bioética. O presente trabalho tem a finalidade de desenvolver uma proposta de conteúdos curriculares adaptados para a Universidade da República do Uruguai, baseado num olhar regional dos principais conflitos na área da bioética na América Latina. O mesmo se baseia na reforma sanitária uruguaia assim como a nova reforma no plano de estudos da Faculdade de Medicina, reformas iniciadas de maneira independente nos últimos sete anos.

Este trabalho se dividirá em três capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se e discute-se o contexto institucional e político uruguaio com uma nova reforma do sistema sanitário sustentado na justiça pela saúde, a reorientação da atenção no primeiro nível, e a igualdade no financiamento, o qual se encontra em fase de implementação devido à sua recente aprovação. Concomitante a este processo ocorre a aprovação de um novo plano de estudos da Faculdade de Medicina que busca a formação integral e de qualidade dos recursos humanos médicos, junto a uma reorientação voltada ao primeiro nível de atenção como cenário principal das atividades acadêmicas, a qual atualmente não graduou esta geração de médicos formados com base nesta estratégia educativa.

O segundo capítulo é dedicado a uma revisão da bioética, tanto em suas correntes hegemônicas quanto as contra-hegemônicas, onde se apresentam as principais correntes teóricas desenvolvidas na América Latina e o direcionamento de seus enfoques às questões sanitárias provocadas pelas desigualdades historicamente determinadas. É aqui também onde são identificados e propostos os campos de ação da bioética através dos quais se pretende abordar todas aquelas áreas do conhecimento com os quais a bioética se relaciona e participa ativamente. O propósito deste capítulo é a busca de referenciais teóricos que orientem e colaborem com a

construção de um curso de bioética para a formação dos recursos humanos médicos, em relação a uma visão própria da região, procurando superar a importação acrítica das teorias padronizadas.

No capítulo 3 é realizada uma revisão e discussão sobre os modelos de educação em bioética, buscando um modelo de referência que se adapte ao projeto político-pedagógico da Universidade da República. Neste processo de adaptação em busca de um modelo “ideal” de curso em bioética e as reais características da instituição, trabalha-se em busca de modelos prováveis para ser estrategicamente implantados na instituição, os quais se identificam como modelos ideais e modelos reais com capacidade de ser executados em curto e médio prazo. Isto abre espaço para continuar trabalhando nas condições logísticas institucionais que permitam nos aproximar de um modelo ideal para ser implantado a longo prazo, uma vez superadas as barreiras institucionais.

Desta forma se relacionam os conteúdos curriculares propostos no novo plano de estudos da Faculdade de Medicina além de uma proposta de conteúdos curriculares em bioética, apresentando os cursos voltados a esta relação que acompanha o plano curricular relacionado à bioética e seus campos de atuação.

## Sistema sanitário uruguaio e educação médica.

No ano de 2005 no Uruguai, foi realizada uma das mais importantes mudanças a nível político e social na história recente do país, pela primeira vez na história do Uruguai uma força política de esquerda chega à administração do estado. Esta força política construída como produto do movimento social, dos sindicatos dá lugar à construção da *Frente Amplio*, uma coligação composta por partidos e movimentos. A mesma, criada em 1971, foi anulada durante o longo período da ditadura cívico – militar que atingiu o Uruguai de 1973 até 1985, um período violento e sofrido vivido pelo país, assim como ocorreu em outros países da América Latina. O processo acabou de fato abrindo uma ferida na história das forças políticas, sociais e estudantis de esquerda, bem como na cidadania de uma forma geral, vítima do terrorismo do estado.

Após vinte anos, a coligação *Frente Amplio* se consagrou como a força política que governaria o estado propondo uma série de mudanças em sua estrutura. O ano de 2007 é marcado por reformas<sup>4</sup>, dentro das quais se destacam a reforma tributária, a reforma educativa diante o plano Ceibal, reforma do estado, reforma do sistema sanitário, plano de igualdade social, desenvolvimento do Uruguai produtivo, sendo estas as reformas de maior impacto. É importante destacar que neste período ocorreu o julgamento e posteriormente prisão dos militares acusados de delitos lesa-humanidade durante a ditadura, desta forma o Uruguai cumpriu com seus compromissos internacionais em questões de Direitos Humanos. Este conjunto de processos possibilitou ao Uruguai iniciar um processo de cura das feridas sociais, ao mesmo tempo em que os Direitos Humanos tomavam conta do imaginário e da realidade coletiva.

A reforma sanitária, denominada Sistema Nacional Integrado de Saúde (de agora em diante SNIS) faz parte deste conjunto de reformas considerado parte das políticas de estado<sup>4</sup> que ocuparam um lugar prioritário e privilegiado<sup>5</sup>. A mesma está direcionada a melhorar e fortalecer a saúde como um direito já que este não faz parte da constituição, além de ter como objetivo principal a diminuição das desigualdades na saúde, com base num conceito de saúde coletiva, com forte embasamento na atenção primária à saúde. A bioética no Uruguai surge como uma necessidade e como consequência do desenvolvimento institucional e acadêmico na área da saúde, sendo uma ferramenta para a análise dos conflitos médico assistencial, os conflitos próprios da saúde pública e a discussão global da bioética. Entendemos que em muitos casos a bioética atua em função dos fatos que acontecem em uma determinada sociedade, os fatos no Uruguai se encontram misturados à descriminalização do aborto, da maconha, o casamento igualitário, a lei de fertilização assistida. Em um contexto de reformas, em especial o SNIS, junto às mudanças de plano de ensino da faculdade de medicina, com a inclusão da bioética pela primeira vez como disciplina curricular, faz

com que a mesma forme parte do processo de pensamento coletivo no qual vive a sociedade uruguaia.

### **Breve síntese do desenvolvimento histórico da saúde pública no Uruguai.**

Para compreender o impacto da reforma do sistema sanitário no Uruguai, é necessário conhecer os direitos prévios englobados na concepção do processo saúde-doença, bem como a estrutura da qual é parte, à qual se refere na época da colônia.

Segundo Portillo (1995) a atenção à saúde não é um processo casual, o mesmo vem inserido no processo de desenvolvimento do estado-nação destacando o marco estrutural sobre o qual a saúde das populações acontece: *“(...) é no modo capitalista de produção, onde a medicina, que se desvia do espaço religioso e político, adquire vínculo mais direto com o processo econômico de produção ao transformar-se em indiretamente produtiva, por conservar e adaptar a força de trabalho”*.<sup>6p.6</sup>

No Uruguai a criação do estado-nação, junto à luta pela independência dos países europeus, simultaneamente à expansão do capitalismo mundial, foi construindo modos de conceber a saúde, a qual num primeiro momento herdamos dos antigos costumes da Europa. O Uruguai do início do século XVIII, principalmente São Felipe e Santiago (atualmente Montevideú) era um lugar pouco povoado, composto majoritariamente por burocratas, comerciantes, militares e religiosos, já em 1729 com o segundo contingente de colonos que veio povoar o país, chega o primeiro médico e cirurgião do rei, porém ele mesmo se dedica a cuidar da saúde dos militares e evitar grandes epidemias “importadas” no pelotão.<sup>6</sup>

Juntamente ao projeto político de cuidar da saúde proposto pelos estados europeus, inclui-se a proteção da população civil com a finalidade de apoiar o crescimento demográfico, resultando em 1788 a inauguração do primeiro hospital civil denominado “Hospital da Caridade”, o mesmo não só tinha como obrigação a proteção da saúde dos militares, como também ampliar o número de beneficiados incluindo os forasteiros, ociosos e pobres, cumprindo assim uma lista de controle que era um elemento fundamental para o Uruguai colonial<sup>6</sup>. Este primeiro hospital, apoiado por instituições religiosas tinha como principal ideologia a caridade e a beneficência.<sup>7</sup>

No século XIX no contexto das lutas pela independência e o abandono da economia pré-capitalista nas colônias europeias, em busca de uma economia capitalista dependente de mercados europeus<sup>6</sup>, é que a saúde passa a ser um tema que necessita de renovação para cadenciar o processo de mudança no contexto da conjuntura nacional e regional.

O sistema sanitário encontra-se claramente fragmentado, em se tratando de assistência

privada às famílias com condições financeiras da época, a assistência militar e à caridade aos pobres. Uma das mudanças que ocorre nesta época é a criação das instituições mútuas, as quais atualmente são as principais prestadoras de serviços “privadas” do país, as mesmas funcionavam com pagamento prévio, e sem fins lucrativos, eram administradas em cooperativas por diferentes grupos da época, o que significava uma inovação para a época e para a concepção da saúde pública do país. Junto a este impulso das instituições de financiamento coletivo, são criados os primeiros hospitais privados e o estado começa a tornar-se responsável pelos primeiros hospitais de caridade, reestruturando assim o sistema de saúde e o modo de assistência à saúde<sup>7</sup>, porém o estado ainda não é considerado o responsável pela saúde pública.

Em 1895 é criado pela primeira vez um conselho nacional de higiene através da lei 2.408, o qual começa a ter uma lista de normas e auditoria fiscal do estado direcionados à saúde, simultaneamente a isto, ocorre a expansão das instituições de gestão coletiva de origem privada em todo o país. É possível valorizar o desenvolvimento da saúde pública no país no primeiro terço do século XX, junto ao presidente José Batlle y Ordoñez e o impulso batllista:

*“O Estado ainda não conseguia consolidar sua presença no setor, dado os importantes avanços institucionais realizados no marco da política de bem-estar muito avançadas para a época. O Conselho Nacional de Higiene assume funções operacionais em se tratando de prevenção na saúde, tais como na administração de vacina, o controle das doenças infecto- contagiosas e nos aspectos sanitários da prostituição”*.<sup>7p.14</sup>

Em 1910 ocorrem mudanças no processo da construção da nascente saúde pública no país, mediante a criação da Assistência Pública Nacional, abandonando a ideia de caridade e colocando a saúde como responsabilidade do estado para pessoas com poucos recursos financeiros (enquadradas na laicidade), além do conseqüente abandono dos grupos religiosos como administradores dos centros de saúde. No entanto, como isto é considerado um avanço o dinheiro destinado é compreendido como uma concepção assistencialista, principalmente no segundo nível de assistência, destinando pouquíssimos recursos para as funções de fiscalização do Estado e a vigilância sanitária do então nascente sistema público.<sup>7</sup>

Em 1934 cria-se o Ministério de Saúde Pública durante a ditadura de Gabriel Terra, mediante a lei 9.202, Lei Orgânica de Saúde Pública<sup>8</sup>, unificando as tarefas das unidades isoladas que tinham como objetivo a regulamentação do setor saúde, acrescentando a função da assistência aos cidadãos sem condições para pagar pela assistência à saúde, unificando em um ministério a função de reitoria e a assistência direta.

A ampliação da cobertura na saúde por parte das instituições privadas juntamente à criação

do ministério de saúde pública e sua dupla função de gestão e atenção à saúde para os cidadãos com menos recursos, por consequência abrem uma brecha no acesso e na qualidade das prestações de assistência à saúde. Por um lado encontravam-se os cidadãos com mais recursos que teriam uma assistência de qualidade através do sistema privado, enquanto o setor público oferecia assistência a todos aqueles que não podiam ter acesso ao sistema privado de saúde. Este contexto traz consigo a reprodução de desigualdade na qualidade assistencial dos cidadãos uruguaios, mantendo assim um sub setor para a assistência aos “pobres” e uma atenção privilegiada para os cidadãos com recursos desde os primórdios da organização e gestão da saúde no país.

Vale ressaltar, que o Uruguai sendo um país pequeno da América Latina, bem como outros países vizinhos, se caracterizou por destinar poucos recursos para a atenção à saúde, pois a assistência oferecida era de baixa qualidade e estritamente assistencialista. A isto se deve somar a ampliação do uso de tecnologias na área da saúde, característica desde a década de 50, o que por sua vez aumentou ainda mais os desníveis na qualidade da assistência.

Em referência à assistência em saúde por parte das instituições de gestão coletiva, destaca-se o Sindicato Médico do Uruguai (a partir de então SMU), com a criação do Centro de Assistência do SMU impulsionado por Carlos Maria Fosalba, quem reúne a coletividade médica em parceria com vários sindicatos de trabalhadores, os quais se encontravam em intensa mobilização na década de 60, destacando a luta para elaboração de leis que conseguiram atender às necessidades de saúde dos trabalhadores<sup>7</sup>, os quais foram apoiados pelo SMU.

Entre a década de 60 e início dos anos 70, respirava-se um ambiente de lutas entre os movimentos populares e as “democracias” mais autoritárias, o que acabou desencadeando o golpe cívico militar em 27 de junho de 1973. Apesar de que muitas liberdades encontravam-se restringidas nos anos que antecederam o golpe, o Uruguai já era vítima do terrorismo de estado, porém é neste momento que se materializa e consolida a “legitimação” da violência e a perseguição por parte do mesmo.

O período compreendido entre os anos de 1973 e 1985 se caracterizou pela perda das conquistas nas questões coletivas, tanto na área da saúde, quanto na educação e em grande parte das áreas sobre as quais o estado exercia influência, durante a ditadura cívico- militar. É assim que grande parte dos profissionais especializados do país se tornam exilados ou presos políticos, enfraquecendo a Universidade da República que é o principal formador de recursos humanos qualificados do país, isso acabou aniquilando o movimento social e sindical. Nesta mesma época, se dá o surgimento e o desenvolvimento da bioética, apesar da mesma encontrar-se isolada da América Latina, e particularmente do Uruguai, não tendo participação no processo social da época.

Ao final da ditadura e nos quatro períodos de governo que a sucederam, o sistema sanitário

se caracterizou por carecer de uma política de estado em matéria de saúde e uma “*porcentagem do gasto em saúde com relação ao PIB, [que] devemos ressaltar que o mesmo sofreu uma queda contínua*”<sup>9</sup>. É assim que a VIII Convenção Médica no ano de 2004, conclui o diagnóstico do sistema sanitário onde o mesmo é extremamente complexo, é injusto tanto no financiamento quanto na distribuição, que não assegura a cobertura universal, que não assegura a acessibilidade para a população, o modelo que o caracteriza é assistencialista e conta com um gasto elevado do PIB apresentando assim resultados pobres, os que não correspondem ao gasto, assim como “*(...) é um sistema complexo com um elevado entrecruzamento de poderes, conflitos de interesse e grande poder lobista, o que por sua vez dificulta muito a tomada de decisões*”<sup>10p.17</sup>. Como foi anteriormente exposto, há grande insatisfação por parte dos usuários, médicos e funcionários do sistema sanitário.

### **Sistema Nacional Integrado de Saúde.**

O SNIS não é um fato isolado na história do país, já que entre os anos de 1939 e 1986 foram apresentadas 16 propostas de reforma na área da saúde o que motivou descontentamento em diversos grupos, o que nos faz pensar que isto foi uma preocupação do país por um longo período de tempo<sup>7</sup>. A reforma do sistema de saúde uruguaio tem sido o objetivo de várias reuniões entre sindicatos de profissionais e operários, grupos políticos e o movimento social organizado com a finalidade de solucionar um problema que se supõe seja de causa social.

Num passado recente, o crescimento econômico é denominado como um dos pilares fundamentais para a ampliação do bem-estar que traz consigo benefícios para a saúde. Neste sentido, os principais atores que levam adiante a reforma, compreendem que o crescimento econômico é necessário, porém não suficiente para que uma transformação na área da saúde leve à justiça social. Nesta perspectiva se torna necessário um conjunto de reformas que acompanhem as modificações da área da saúde, compreendendo que a redistribuição de riqueza é um pilar fundamental para a justiça social. Olesker nos propõe um olhar histórico de como o bem-estar social foi pensado:

*“Basta lembrar o crescimento econômico entre 1974 a 1980 durante a ditadura que levou a mais importante concentração e exclusão da riqueza e renda que o país já viveu; porém também devemos lembrar-nos da década de 90 na qual, com importante crescimento econômico a distribuição permaneceu estancada e a exclusão social aumentou. Isto é o que chamamos de modelo LACE (liberal, aberturista, concentrador e excludente)”*.<sup>11p.11</sup>

Esta afirmação denota a perspectiva ideológico-política com a qual se leva adiante a

mudança do sistema sanitário, enquadrada num processo de reforma do estado, o qual não somente inclui a área da saúde, como também compreende que é necessário trabalhar sobre os pilares fundamentais da vida dos cidadãos, atuando onde os problemas de saúde ocorrem. Para modificar o modelo LACE, se trabalha sobre três pilares fundamentais: o emprego em quantidade e qualidade, a renda, as políticas de acesso com justiça social e qualidade. Com a finalidade de fazer a diferença com o modelo de política conservadora liberal, para incluir e evitar que os cidadãos permaneçam livres às ações do mercado, é necessário que cada cidadão pague de acordo com a sua renda e que receba assistência de acordo com suas necessidades.<sup>11</sup>

Considerando que o conceito de saúde, não se restringe estritamente à área biológica, e que a mesma está socialmente determinada, compreende-se que para modificar um sistema de assistência à saúde é necessário que outras áreas sejam fortalecidas, tendo em vista que a mudança do sistema sanitário se dá no âmbito de outras reformas do estado. Neste sentido, a reforma na saúde não consegue ampliar-se sem ser relacionada com o contexto das políticas sociais gerais, visto que no plano de equidade, encontramos respostas a esta proposta:

*“A principal orientação do Plano de Equidade se refere a um dos nossos maiores compromissos: que ninguém fique à mercê da própria sorte. Ou seja, à sua condição social e/ou econômica particular. Ter a certeza de que os habitantes desta nação tenham possibilidade efetivas de desenvolver uma vida digna é um dos direitos fundamentais que propiciam a condição de cidadão/cidadã e por tanto é uma responsabilidade da sociedade como um todo e do Estado em particular”*.<sup>12p.19</sup>

A criação do SNIS acredita que a proteção da saúde é um direito<sup>13</sup>, ao contrário do que está definido na constituição de 1967 onde é concebida como um dever: *“Todos os habitantes têm o dever de cuidar da própria saúde, bem como o de cuidar-se em caso de enfermidade. O Estado proporcionará gratuitamente os meios de prevenção e de assistência somente aos indigentes ou carentes de recursos suficientes”*<sup>14</sup>

Neste aspecto, a consagração do direito e da proteção à saúde, é dada como uma conquista apesar das muitas críticas recebidas por parte dos grupos sobre a concepção de “dever” quando se referia ao papel do estado em relação à saúde.

Desta forma, a qualidade da mesma não deve depender do perfil econômico e social dos sujeitos, mas sim deve ser oferecida como um bem imaterial que todos os cidadãos devem ter acesso. A reforma sanitária é identificada como uma necessidade, baseada em um conjunto de desigualdades que afronta a população uruguaia particularmente os sujeitos em desvantagem socioeconômica, diferenças notadas entre os sujeitos que vivem na cidade e no interior do país,

entre outros, sustentado em uma base ética de justiça social. Este processo não tem ocorrido de forma isolada por parte das autoridades que administram a estrutura estatal, e sim têm sido um processo sustentado pela vontade popular.

Isto pode ser notado segundo Olesker quando se refere ao gasto em saúde e a relação com a qualidade:

*“A saúde no Uruguai gastava em torno de 9% do PIB, o que implica em mais ou menos 400 dólares por ano, isto significa 33 dólares mensalmente por pessoa ou quase 800 pesos. No entanto, não cumpre os objetivos de resolução para dar qualidade de vida no caso da maioria da população. Era desigualitária já que alguns recebiam no dia primeiro de março de 2005 280 pesos por mês, outros recebiam 800 e outros quase 1.500”*.<sup>15p.58</sup>

O SNIS define alguns objetivos e princípios orientadores. O artigo 4 faz referência a objetivos os quais pretende alcançar com as mudanças do sistema sanitário:

*“alcançar o mais alto nível de saúde através do desenvolvimento integrado de ações voltadas às pessoas e voltadas ao meio ambiente com sua ampla participação, implementar um modelo de assistência integral com políticas articuladas e programas integrais (...), organizar prestações de serviços de acordo com níveis e áreas territoriais, promover o desenvolvimento profissional contínuo, fortalecer a participação de usuários e trabalhadores e por fim porém não menos importante, estabelecer um financiamento igualitário”*.<sup>16p.177</sup>

Bem como o artigo 3 se refere aos princípios orientadores os quais guiaram as ações a serem seguidas na questão da saúde: *“a promoção da saúde, e a abordagem preventiva e integral, a cobertura universal, a igualdade, a continuidade e a oportunidade de prestações, o respeito dos direitos, a intersectorialidade, a participação social dos trabalhadores e usuários e a solidariedade no financiamento”*.<sup>16p.176</sup>

De acordo com os objetivos e princípios enunciados anteriormente, enquadrado nas reformas gerais, o SNIS tem início no ano de 2007 mediante a criação das leis 18.211 que cria o SNIS, a lei 18.131 que cria o Fundo Nacional de Saúde, e a lei 18.161 que descentraliza a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE) do Ministério de Saúde Pública (de agora adiante MSP). Estas três leis além da lei 18.335 de Direitos e Deveres de Pacientes e Usuários dos Serviços de Saúde, compõem a estrutura na qual se constrói a reforma sanitária, a qual sugere mudanças a nível de administração, financiamento e a re-orientação da assistência voltada ao

primeiro nível.<sup>16</sup>

A descentralização da ASSE do MSP, o transforma no maior prestador público integral de saúde, esta separação significa que o MSP funcionará única e exclusivamente como provedor da saúde abandonando seu lugar de prestador de assistência direta.

No que se refere ao financiamento a mesma se baseia na ideia de justiça distributiva<sup>9</sup>, sendo uma de suas principais mudanças a criação do Seguro Nacional de Saúde que não representa o sistema em si, mas sim a forma como é financiado, separando o vínculo entre financiamento e acesso diante da filosofia de “acesso de acordo com a necessidade e pagamento de acordo com a renda”, o que é o mesmo que dizer igualdade na saúde.<sup>11</sup>

Notamos assim, um direcionamento à uma política social em saúde mais igualitária em relação aos sistemas de financiamento e acesso. Desta forma, diante do pagamento de renda per capita que o seguro ajustará mediante uma renda estipulada pela idade e pelo sexo, já que a prevalência e a incidência variam em função destas duas grandes variáveis e o financiamento através do Fundo Nacional de Recursos para as patologias dominantes, diante da mesma filosofia “diferenciar a capacidade de suporte [em função] da necessidade atendida”.<sup>11</sup>

No conjunto de modificações que fazem referência ao financiamento se dá a associação de prestadores, a qual se alcança diante da possibilidade de eleição de prestador público para os trabalhadores, pois anteriormente à reforma os trabalhadores só podiam eleger entre as Instituições de Assistência Médica Coletiva de financiamento privado (IAMC). Isso representa uma mudança, já que antes da reforma os trabalhadores somente elegiam os prestadores privados, o que muitas vezes significava uma barreira para garantir o acesso dos trabalhadores com menos recursos. Torna-se possível a eleição de qualquer prestador integral público ou privado, o qual receberá o capital do Fundo Nacional de Saúde, o que explica a integração dos prestadores na formação no novo sistema. A associação de prestadores integrais, portanto integrantes do sistema, se deu numa base de regulamentação estratégica por parte do estado através do MSP.

Diante da lei que cria o Fundo Nacional de Saúde (FONASA) se torna possível a integração das “diferentes contribuições à segurança social, iniciando o processo de incorporação de todos os trabalhadores, cônjuges e filhos aos mecanismos centrais da segurança social”.<sup>7</sup>

Por outro lado, as mudanças na gestão se realizam mediante a criação da Junta Nacional da Saúde (JUNASA), organismo de reitoria e governança dependentes do Ministério de Saúde Pública, o qual administra o Seguro Nacional de Saúde e controla o cumprimento dos princípios orientadores e objetivos da reforma, tanto para prestadores públicos quanto privados. A mesma é uma junção honorária composta por dois membros dos ministérios de Saúde Pública um dos quais a preside, um representante do Ministério de Economia e Finanças, um representante do Banco de Previsão

Social, um representante dos prestadores privados do SNIS, um representante dos trabalhadores e um representante dos usuários<sup>13</sup>. A Junta Nacional de Saúde surge como uma inovação já que são integrados representantes dos usuários, trabalhadores e empresas com o objetivo de assegurar o cumprimento na execução da reforma. Isto no caso de usuários e trabalhadores é um avanço no processo de participação social na área da saúde. Segundo Olesker a participação social pode ser compreendida como “a criação do poder popular, o poder do povo, poder dos cidadãos que se organizam para ter um papel no desenvolvimento das políticas”.<sup>11p.13</sup>

Desta maneira os novos objetivos procurados necessitam de coerência ao agir na práxis médica, reestruturando o olhar para novas perspectivas na área de saúde. Apesar de que nos anos em que se executa a reforma, já havia uma identidade latino-americana própria da bioética como a bioética de proteção proposta por Schramm e Kottow e a bioética de intervenção proposta por Porto e Garrafa, que discutiam do ponto de vista moral as responsabilidades sanitárias dos estados, destacando o estudo da distribuição de recursos escassos, a igualdade na saúde, entre outros, estes referenciais não foram incluídos no processo de construção. Desta forma este enfoque não é utilizado na organização dos serviços de saúde, nem tampouco como ferramenta na educação médica contínua, sendo este um dos aspectos a ser incorporado, desenvolvido e fortalecido.

### **Educação Médica no Uruguai.**

A educação médica no Uruguai encontra-se sob responsabilidade da Faculdade de Medicina (FMed), da Universidade da República (UdelaR), a instituição responsável por formação de recursos humanos qualificados do país e a maior em quantidades de estudantes, docentes e oferta acadêmica. A FMed, como parte da UdelaR, é regida pelas normas, fins e objetivos estabelecidos pela lei 12.549, a Lei Orgânica da Universidade da República aprovada no ano de 1958. A lei afirma que a universidade tem como objetivo a educação superior, a habilitação para profissões científicas, a difusão da cultura, o incentivo à investigação bem como “*contribuir com o estudo dos problemas de interesse geral propiciando a compreensão pública; defender os valores morais e os princípios de justiça, liberdade, bem-estar social, os direitos do ser humano e a forma democrático-republicana de governo*”.<sup>17p.1</sup>

O artigo 3, faz referência à liberdade de expressão considerando que a liberdade acadêmica é fundamental para seu funcionamento entendendo que “*Se reconhece desta forma as ordens universitárias e pessoalmente a cada um de seus integrantes, o direito à mais ampla liberdade de expressão e crítica em todos os temas, inclusive aqueles que tenham sido objeto de pronunciamento por parte das autoridades universitárias*”.<sup>17p.1</sup> Este artigo assegura a mais ampla diversidade de

opiniões e o respeito às mesmas, bem como garante o incentivo à inclusão da diversidade de pensamento dentro da academia. Neste sentido no artigo 5 se destaca a completa autonomia da universidade com relação às outras estruturas do estado. A mesma é coadministrada por docentes, estudantes e graduados os quais levam adiante a administração e a gestão. A Universidade da República é formada por órgãos que organizam sua gestão e asseguram a representatividade de toda a organização em diferentes pontos de discussão, a mesma é denominada pela Lei Orgânica como:

*“O Conselho Diretor Central, o Reitor, a Assembleia Geral do Corpo Docente, os Conselhos de Faculdades, os Diretores, as Assembleias do Corpo Docente de cada Faculdade e os órgãos aos quais se encarrega a direção dos Institutos e Serviços, compondo em cada faculdade, a definição de delegados ao órgão máximo da universidade, o Conselho Diretor Central.”*<sup>17p.1</sup>

Desta forma a universidade veio se organizando durante 56 anos assegurando a diversidade de opiniões e ideias, mantendo sua independência dos governos que se encontram dirigindo o estado, oferecendo integridade na busca pelo conhecimento a margem do poder político. Os representantes que formaram parte das organizações são eleitos através de eleições universitárias obrigatórias em todas as ordens estudantis, com garantias da Corte Eleitoral, a cada dois anos para a integração do Conselho da Faculdade, do Claustro e da Assembleia Geral do Claustro. O reitor é eleito através da Assembleia Geral do Corpo Docente e seu mandato tem duração de quatro anos.<sup>17</sup>

A Universidade da República com suas finalidades e objetivos continua a busca pelo conhecimento, entendendo que a mesma está a serviço das necessidades sociais do país, pelo qual deve oferecer garantia de acesso universal aos cidadãos, como um dos elos fundamentais para assegurar a diversidade de opiniões a qual defende. Uma das principais características da Universidade da República é a gratuidade do ensino, o qual está representado no artigo 66 da referida lei como: *“O ensino universitário oficial é gratuito. Os alunos que cursam seus estudos nas diversas áreas da Universidade da República não pagarão direitos de matrículas, provas nem nenhum outro direito universitário. Os títulos e certificados de estudo outorgados pela Universidade da república serão gratuitos livres de pagamento de todo o direito”*.<sup>17</sup>

Este artigo, talvez seja um dos mais controversos da estrutura da universidade, juntamente ao livre acesso à educação superior, ou seja, sem provas de entrada, estes têm sido pontos de desencontros entre grupos de poder que tentam fazer do saber universitário um espaço para determinada elite social, cultural e econômica.

Pensamos que a UdelaR conta com fortes ideais de justiça social, compreendendo que o poder público tem que trabalhar e contribuir na diminuição das diferenças sociais e econômicas

geradas pela lógica do modelo capitalista, que tendem à exclusão e segregação social. Isto fica claro em sua estrutura legal, e no espírito que a mesma gera desde a criação da lei orgânica até os dias de hoje, trabalhando na inclusão de jovens de todo o país de diferentes classes sociais, participando, trabalhando e construindo um modelo dinâmico de educação universitária que possa estar mais além da estratificação econômica do que de quem a integra.

## **Faculdade de Medicina.**

### **a) Breve resumo institucional.**

A Faculdade de Medicina, forma parte da universidade, sendo esta uma das mais antigas, criada como produto da necessidade da formação dos recursos humanos que atendam as necessidades sanitárias da população. Fazendo referência ao resumo institucional, a mesma surge no auge do pensamento positivista e evolucionismo darwiniano em Montevideu de 1974, sendo incluída pela primeira vez no orçamento da Universidade uma disciplina de ciências naturais e física. A fundação da FMed ocorre em Montevideu no dia 15 de dezembro de 1875 por decreto, formada inicialmente por duas disciplinas anatomia e fisiologia, sendo seus estudos ministrados por profissionais estrangeiros, principalmente espanhóis, italianos, alemães e poloneses.<sup>18</sup>

Na busca pelo reconhecimento como instituição, sua evolução histórica e seu atual papel na sociedade uruguaia, a mesma enfrenta as sequelas deixadas pela ditadura militar que atingiram a universidade através da intervenção e anulação de seus principais fins e objetivos, como consequência muitos deles não puderam ser reconstruídos até hoje. Destacamos que este processo de ausência da democracia durou de 1973 até 1985 e teve como *“objetivo central (...) a desarticulação da Universidade, isolando-a do contexto social e políticos do país, fomentando o individualismo, limitando a investigação, anulando o espírito crítico e criador do ponto de vista da univerridade”*.<sup>18</sup>

Em 1985 com o reestabelecimento da democracia, os governos que sucederam a ditadura cívico-militar no auge neoliberal dos anos 90, não permitiram que a mesma se reconstruísse do ponto de vista filosófico político, somado ao escasso orçamento destinado à universidade durante este período, o que colaborou para a desintegração de grande parte de suas finalidades e realizações, visto que a mesma foi e é um dos ícones da resistência intelectual do país na área da saúde.

A Lei Orgânica define como sua missão formar cidadãos, inseridos nos principais problemas da sociedade uruguaia, contribuir para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde, assim como aqueles problemas considerados coletivos onde os estudantes universitários devem formar um

coletivo crítico de profissionais. Uma das inspirações filosóficas que a sustentaram é “*A defesa dos princípios éticos de honestidade, solidariedade, ajuda e cooperação como bases da convivência social. A vocação humanística por um regime de justiça social livre, de respeito ao pluralismo e a diversidade de crenças.*”<sup>19</sup>

Através deste enunciado se revela o sentir da Faculdade de Medicina e portanto a formação pretendida para os médicos, pelo que podemos interpretar há uma tentativa de ultrapassar o olhar de um modelo hegemônico biologicista na área da saúde. Escapar deste tipo de dogmatismo é complexo, mas a área da saúde atualmente têm reunido múltiplos esforços institucionais para gerar uma relação entre a educação médica e as necessidades da sociedade uruguaia em matéria de saúde.

Na rede de relações entre a formação médica e a eminente reforma sanitária associada às necessidades sociais em saúde, os aspectos éticos e humanísticos fazem parte do discurso institucional, não havendo ainda aplicação do discurso nas situações concretas. São identificados como uma necessidade e como uma finalidade em si mesmo, porém ainda não se atinge a legitimidade destas áreas de conhecimento como guia para o funcionamento institucional cotidiano, já que a formação humanística está presente em uma pequena parte da carreira acadêmica.

Por outro lado, a mesma define sua missão, a qual apresenta ideias claras na construção dos cidadãos, neste caso são médicos, com uma função social e socializadora da instituição da seguinte forma: “*(...) integrantes da Universidade da República, única instituição pública nacional de ensino superior, leiga, gratuita, autônoma, democrática e coadministrada, está comprometida com as demandas educativas da nossa sociedade e a melhora da qualidade de vida da população*”<sup>19</sup>

Seguindo sua missão notamos que a mesma busca muito mais que a formação de recursos humanos na saúde, assumindo que tem um compromisso permanente no processo de construção social. Desta forma isto esboça uma filosofia ideológica determinada, podemos nos perguntar, através de quais mecanismos práticos- técnicos a Faculdade de Medicina exerce seu papel social na sociedade uruguaia? Assumimos que a definição ideológica de sua missão deve buscar e percorrer os caminhos que realizem efetivamente os objetivos buscados.

## **b) Novo Plano de Estudos.**

Situando- nos num contexto onde se repensa a forma de alcançar os objetivos, é traçada uma reformulação da formação dos profissionais da saúde, através da modificação do plano de ensino. O mesmo pode estar relacionado, segundo nosso enfoque, a dois grandes fatos como foram: a análise curricular da carreira de Medicina por um processo crítico de todos os docentes, formados e estudantes da instituição, que já existia há vários anos, e por outro lado a apresentação voluntária

diante do Mecanismo Experimental de Acreditação do Mercosul (de agora em diante MEXA), Bolívia e Chile.

MEXA tem como objetivo a construção de um “*Memorando de entendimento sobre a criação e implementação de um sistema de credenciamento das carreiras universitárias para o reconhecimento regional da qualidade acadêmica das respectivas titulações no MERCOSUL e Estados associados*”.<sup>20</sup> Este processo se inicia com o credenciamento de três carreiras: Medicina, Agronomia e Engenharia na busca de padrões mínimos de qualidade através da revisão de planos de estudo, os docentes, as áreas de investigação, a estrutura adequada e o uso de materiais didáticos que as diferentes universidades da região utilizam.<sup>21</sup> Diante deste processo de credenciamento e de decisão de participar do mesmo, é que ocorre a materialização das profundas mudanças necessárias na Faculdade de Medicina posterior à sua intervenção e decadência estrutural produto dos anos 90 e início de 2000.

A apresentação do credenciamento internacional traz consigo uma discussão profunda sobre a estrutura curricular, porém por sua vez deve contemplar o investimento econômico na formação de recursos humanos na área da saúde. É assim que a instituição não somente deve repensar o profissional que forma que é o ponto central, mas também deve integrar a construção do mesmo onde se faz necessária o investimento financeiro na universidade e em investigação a nível nacional tanto básica quanto epidemiológica, como instrumentos fundamentais para o desenvolvimento profissional.

A comissão Ad Hoc que avalia a FMed, acredita que a mesma cumpre com grande parte dos padrões mínimos de qualidade para a formação de médicos, no entanto destaca alguns problemas que a mesma apresenta ao ser avaliada, dentro dos quais se destacam o viés biologicista do plano de estudos, a inadequada relação aluno- docente, a dicotomia entre a demanda educativa e as capacidades da instituição para afrontá-las, a relação inadequada aluno-paciente, o contato tardio com o paciente e a comunidade, a baixa taxa de formandos, os mecanismos de avaliação docente insuficientes, o orçamento insuficiente para o funcionamento da faculdade e para realizar um plano de melhorias.<sup>22</sup>

A definição da comissão Ad Hoc somada ao processo crítico que vinha dirigindo a instituição configurou o ponta pé inicial para que se desenhasse um novo plano de estudos, que inclui todos os representantes da instituição, integrando as ameaças presentes no antigo plano. Visto que estes dois processos coexistem e se realimentam, não menos importante é a criação do SNIS, que coloca novos desafios para os profissionais da saúde que se inserem nele, mediante a definição de uma nova estrutura sanitária.

O novo plano de ensino da FMed se baseia em uma reforma macroscópica e não na simples

alteração da organização de seu currículo, propondo uma mudança no perfil almejado pelo futuro médico. O novo plano é produto do trabalho dos três setores da faculdade que sustentam grande parte de seus objetivos e está inserido na finalidade buscada pela UdelaR, em seu papel de formador de recursos humanos que estejam a altura das necessidades sociais do país.

### **b. 1) Reforma curricular**

No ano de 2007 o Conselho da Faculdade de Medicina aprova o referido plano o qual será iniciado na geração 2009 (Anexo 1), levando um ano o processo de implementação e reestruturação do curso acadêmico. Desta forma o Departamento de Educação Médica (DEM) assume a responsabilidade de coordenar e implementar o plano junto ao corpo docente, serviços e departamentos com a finalidade de articular e ser responsável pela implementação do mesmo.

É assim que se reestrutura através da construção de três etapas. A primeira chamada Bases da Medicina Comunitária, se divide em conteúdos humanísticos, biológicos e quantitativos.<sup>23</sup> Ocorre a introdução do estudante na medicina comunitária, proporcionando aos estudantes as bases da determinação social da enfermidade, o primeiro contato com a comunidade no primeiro nível de atendimento, a relação com o ambiente e as principais características da população uruguaia.

De forma simultânea o estudante recebe a formação biológica, através de disciplinas como: bioquímica, biofísica, fisiologia, genética, histologia entre outras, assim como bases de metodologia científica. Nesta primeira etapa se destacam as bases da promoção da saúde e prevenção de enfermidades relacionadas ao conhecimento em biologia humana e metodologia científica, com duração de três anos.

A segunda etapa tem três anos de duração também, é chamada de medicina geral integral, faz referência à recuperação do indivíduo após sofrer uma doença, com forte orientação na atenção primária e a consulta domiciliar, oferecendo os conhecimentos necessários para a formação clínica. O objetivo é vincular o estudante através da relação do “estudo básico dos fatores psico sociais, biológicos, físicos e químicos causadores das doenças que podem afetar o homem afastando-o do estado de saúde”.<sup>23</sup>

### **b. 2) Metodologias de aprendizagem.**

A metodologia de aprendizagem do NPE se baseia na aprendizagem em grupos e como consequência na resolução de problemas, modificando os antigos métodos de aprendizagem nos quais o estudante era um sujeito passivo. Isso é reconhecido pelo próprio plano da seguinte forma:

*“Haverá propensão à aprendizagem em grupo, que se transforma em um fim educativo em si já preparando o futuro profissional para o trabalho em equipe. A apresentação dos conteúdos em forma de problemas servirá ao longo da carreira para ativar e incentivar a aprendizagem; os problemas constituirão o elo estrutural dos ciclos metodológicos.”<sup>23</sup>*

O estudante abordará todos os conteúdos temáticos através da resolução de problemas que são atualizados todos os anos de forma permanente nos diferentes ciclos que compõem a carreira. Para que isto seja possível, cria-se uma nova figura dentro do corpo docente, o tutor estudantil, estudante avançado da faculdade de medicina que já tenha sido aprovado no quinto ano do curso e recentemente profissionais de outras áreas da universidade. Isto foi no início uma proposta e um trabalho da Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina (AEM) que cooperou no primeiro momento com estudantes honorários para desenvolver a referida tarefa. Durante o processo de transição foi possível financiar os estudantes incorporando-os ao corpo docente. Existem dois tipos de tutores, por um lado os que guiarão os problemas propostos para o ciclo Tutor de Aprendizagem Baseado em Problemas (Tutor ABP), e os tutores que desenvolveram investigação ou execução de programas de saúde no primeiro nível de atendimento, o Tutor de Trabalho de Campo.

Destacamos que se introduz a bioética nas atividades de aprendizagem baseada em problemas, através da inclusão de perguntas e materiais bibliográficos que se encontram de acordo com os temas propostos para o semestre das disciplinas não humanísticas. Estas solicitações contam com o apoio da Unidade Acadêmica de Bioética na construção dos problemas que os estudantes resolverão. Estas instâncias estão destacadas nas coordenações por ciclo, e em instâncias gerais de apoio ao desenvolvimento da docência, chamadas de supervisão de capacitação. As mesmas servem para os dois tipos de tutores, os de aprendizagem baseado nos problemas e para os tutores de trabalho de campo, formando parte a bioética ativamente nas atividades de apoio docente.

Apesar de serem desenvolvidas atividades teóricas dentro da faculdade de medicina, a bioética não participa ativamente das atividades realizadas na comunidade como ocorre na implantação de programas e investigações. Como toda área clínica o primeiro nível de atenção conta com os conflitos próprios da bioética clínica, associados à resolução dos mesmos onde ocorrem os problemas, na comunidade. Devemos acrescentar ainda, que os centros de atenção primária que monitoram os estudantes, se encontram na periferia da cidade. Isto é fruto do convênio da faculdade de medicina e a Administração de Serviços de Saúde do Estado (ASSE) com outros serviços públicos de saúde, por meio da rede de atenção do primeiro nível que é onde os estudantes desenvolvem seu primeiro contato com usuários de serviços de atendimento.

Apesar de não todas as policlínicas se encontrarem localizadas em zonas economicamente desfavorecidas de Montevideu, em muitos casos são agregados a este conjunto de situações clínicas

e acadêmicas as situações de pobreza, exclusão social, violência, contaminação ambiental e outro conjunto de sucessos associados à injustiça social, como ocorre em boa parte das regiões periféricas das grandes cidades da América Latina.

### **b.3) Avaliação dos estudantes:**

A avaliação no NPE de acordo com os parâmetros e os mecanismos de avaliação internacional propostos pelo MERCOSUL em resposta aos compromissos regionais assumidos, pelo qual se trabalha sobre avaliação integral. A mesma cita que:

*“portfólio como registro das diferentes trajetórias individuais na carreira; auto e co-avaliação; a avaliação em grupo; e como avaliação certificativa: a atuação documentada adotada pelos docentes responsáveis pelos estágios clínicos, de campo, de investigação, extensão e serviços de emergência; os relatórios escritos grupais e a defesa oral individual dos trabalhos de investigação ou extensão produzidos; exames estruturados objetivos, de clínica ou de destrezas específicas; provas escritas em múltiplos formatos.”<sup>23</sup>*

As diversas formas de avaliação pretendem diversificar os modos pelos quais os estudantes são avaliados, pretendendo que isto contribua para avaliar a formação, e não apenas atribuir uma pontuação. Neste aspecto os estudantes têm acesso à oportunidade de realizar provas escritas e avaliação contínua, bem como a possibilidade de desenvolver trabalhos a nível comunitário ou científico. Isto busca fortalecer a qualidade da formação considerando a avaliação como mais uma forma de aprendizagem, permitindo aos estudantes fortalecer suas debilidades ao mesmo tempo em que destacam seus conhecimentos intelectuais.

A pesar de que a avaliação em bioética se encontra atualmente em processo de discussão por parte dos representantes institucionais, a disciplina começa a ser avaliada com provas de múltipla escolha 3 parciais no primeiro semestre, e com prova de múltipla escolha obrigatória do semestre, juntamente às demais disciplinas. Acrescenta-se a isso a assistência das oficinas aplicadas exclusivamente pela disciplina, sendo este um requisito para aprovação no curso, e a possibilidade de prestar o exame final. A avaliação contínua não é integrada como um complemento, principalmente devido à impossibilidade de uma gestão efetiva dos recursos humanos com o número de estudantes por geração, principalmente no primeiro ano, onde o ingresso gira em torno de 1200 estudantes por ano.

## **Unidade Acadêmica de Bioética.**

A incorporação da bioética a exemplo de outras ciências humanas é destacada como um dos principais problemas no antigo plano de estudos acompanhado de seu viés biologicista, tornando necessária a incorporação de disciplinas de origens humanísticas ao longo da carreira. Neste sentido a faculdade de medicina comunica a comissão Ad Hoc sobre o plano de melhorias fazendo referência à vontade de introduzir tais modificações.

*“Buscando superar o viés biologicista geral da carreira de Medicina, propusemos o objetivo 4 mencionado acima, incluindo no Plano de Melhorias comprometido diante da Comissão AdHoc a proposta de desenhar um processo formativo e progressivo sobre os aspectos éticos da prática médica, dando início à resolução oportunamente aprovada pelo Conselho da Faculdade em 2005”<sup>24</sup>*

No entanto, no momento de avaliar a introdução das ciências humanas, no ano de 2005, a faculdade de medicina ainda não contava com a disciplina nem tampouco com um departamento docente de bioética, responsável pela mesma. Os principais conflitos relacionados à ética eram ministrados pelo Departamento de Medicina Legal, quem assumia a responsabilidade, não sendo possível para o mesmo, absorver todo o conteúdo curricular da disciplina unida ao seu ramo de conhecimento.

Um dos indicadores para o credenciamento regional é a necessidade de formação na disciplina: *“Existência de um processo formador e progressivo relacionado aos aspectos éticos da prática médica.”<sup>25</sup>* Em função dos compromissos que a faculdade assume para ser acreditada, é realizado um plano de melhorias, com a finalidade de modificar as áreas de principal debilidade devido à qualidade mínima exigida para tal processo. Entre os anos de 2005 e 2007 é criado um plano de melhorias, que em muitos de seus aspectos, acabaria contribuindo para a construção final do NPE aprovado no fim de 2007 pelo Conselho da Faculdade de Medicina.

É desenhada então uma ordem de prioridades com um cronograma correspondente, junto a uma comissão orientadora para o plano de reformas, destacando que o segundo ponto prioritário está relacionado à introdução da bioética de uma perspectiva geral: *“desenho e ações formadoras sobre a Bioética”* a disciplina passa a ser então uma das prioridades para a instituição.

Desta forma, o Conselho de Faculdade de Medicina, órgão máximo da instituição aprova a introdução da disciplina por votação unânime de todos os conselheiros na seguinte resolução:

*“Tendo em conta a resolução da Assembleia do Corpo Docente da Faculdade de Medicina com data de 19 de maio de 2005 com relação à inclusão da disciplina de Bioética na Carreira de Doutor em Medicina, o Conselho determina: 1) Incorporar*

*o estudo da disciplina de Bioética na Carreira de Doutor em Medicina. 2) Formar uma Comissão Permanente Multidisciplinar com a função de elaborar uma proposta que permita continuar com a formação de recursos humanos no tema e estratégias para a incorporação da disciplina na carreira de medicina. (11 em 11)”.*<sup>26</sup>

Em setembro de 2006 é criada a Unidade Acadêmica de Bioética, responsável pela inserção da ética e da bioética de acordo com a avaliação institucional que estava sendo realizada, com o plano de melhorias e o NPE. Analisando a carta que formula a faculdade de medicina “(...) a formulação de Objetivos de Aprendizagem (AO) pertinentes em cada etapa da formação, a definição de metodologias de ensino- aprendizagem apropriada ao nosso contexto e a seleção de mecanismo para avaliar nossa aprendizagem”.

<sup>22</sup>

No processo de cumprimento destes compromissos, se faz necessário organizar uma comissão permanente multidisciplinar para implementar as referidas incumbências, os membros desta comissão se encontram com dificuldade por não haver especialistas na disciplina no país. Apesar de que o Uruguai contava com um número muito baixo de mestres, nenhum deles fazia parte da faculdade de medicina, ou não estavam inseridos no projeto naquele momento. Por tanto a comissão deve buscar fortalecer seus recursos humanos em pequenos cursos no exterior, sem que nenhum deles tivesse mestrado ou doutorado. Deste modo docentes são enviados para se formarem em cursos de curta duração na Faculdade Latino americana de Ciências Sociais (FLACXO) em investigação com seres humanos no Chile e Argentina, e a Universidade de Georgetown para um curso intensivo de bioética de 5 dias, entre outros.

É assim que são analisados quais podem ser as fontes de recursos para financiar o empreendimento com o qual a faculdade havia se comprometido, e recorre-se à universidade da república diante da solicitação da Comissão Setorial de Ensino para financiar a unidade acadêmica de bioética, sendo possível desta forma, construir um corpo docente para integrar a disciplina, contando com o apoio e o aval do conselho da faculdade de medicina. Diante da escassez de recursos humanos formados com títulos acadêmicos de pós-graduação, é convocado um concurso por méritos aos aspirantes de diversas orientações acadêmicas, numa tentativa de diversificar o viés biologicista que havia sido apontado anteriormente. O corpo docente foi composto por diferentes especialidades médicas, psicólogos, advogados, sociólogos e um grupo de seis estudantes de medicina como ajudantes da UAB. O desenvolvimento desta nova unidade se forma no seio do Departamento de Medicina Legal, tornando-se responsável por este projeto o Prof. Dr. Hugo Rodríguez Almada.

A UAB desenvolve a docência no Ciclo introdutório e CBCC1 (Primeiro ano) CBCC2 e 2 (segundo ano) CBCC6 (quarto ano), realiza cursos para o programa de pós-graduação e atividades

abertas semanais.

O Uruguai atravessa um processo de mudança nos últimos 10 anos baseado na ideia da justiça na saúde, com um intenso trabalho para construir um Uruguai igualitário em todas as áreas. Isto não somente na área da saúde, mas também o país encontra-se fortalecido com outro conjunto de reformas que apoiam e fortalecem os objetivos propostos pela área da saúde.

A lei do SNIS materializa a luta por justiça sanitária prévia e posteriormente à ditadura cívico-militar, tendo como resultado uma das maiores reformas instauradas a nível estatal, o que muda o paradigma de organização da saúde no país. As três mudanças fundamentais da reforma como ocorre na gestão, o financiamento e a reorientação da atenção ao primeiro nível de saúde encontram-se em processo de implementação e fortalecimento. Destacando que a reorientação da atenção é um processo, no qual o país encontra-se trabalhando já que o mesmo é prioridade.

Por outro lado a faculdade de medicina encontra-se também num processo de implementação do seu plano de estudo, priorizando a reorientação à um perfil mais humanista do formando, que desenvolva grande parte de sua atividade já no primeiro nível de atenção, sendo destacada pela instituição a importância da formação comunitária. Por outro lado reformula a forma de aprendizagem, aproximando os futuros médicos da resolução de problemas, situação essa que eles deverão solucionar em seu exercício profissional, incentivando o trabalho em equipe.

Uma das questões que a instituição propõe para alcançar os grandes objetivos é a introdução da bioética, através da criação da Unidade Acadêmica de Bioética. A mesma passa a ser responsável por ministrar a disciplina para a pré-graduação e a pós-graduação, proporcionando conteúdos necessários para seu exercício profissional. Apesar de que a bioética começa a formar parte do currículo universitário, a mesma não é ampliada para todos os âmbitos onde poderia oferecer ferramentas reflexivas para colaborar na resolução de problemas cotidianos, restringindo seu espaço de atuação para as dependências internas da faculdade.

Destacamos que mesmo a bioética sendo proposta como disciplina, a mesma não envolve situações que aconteçam onde se dá o problema, não fazendo parte das atividades teóricas na comunidade, não oferecendo suporte às instâncias de apoio docente, referindo-se aos problemas comunitários. Os problemas que ocorrem na comunidade vão mais além do âmbito clínico, já que problemas como a pobreza, a exclusão social, juntamente aos que ocorrem nas investigações no primeiro nível de atenção envolvem dilemas morais, que superam a relação médico paciente e as situações clínicas propriamente ditas.

Se bem que existem modelos latino americanos de bioética que abordam os problemas da comunidade junto aos que ocorrem resultantes da injustiça social, os mesmos não são incluídos nas atividades de campo já que são considerados aulas teóricas, não estabelecendo relação da disciplina

com o departamento responsável pelas atividades em campo.

Si considerarmos que o primeiro nível de atenção é a prioridade do novo sistema sanitário e o novo plano de estudos propõe fortalecer o desenvolvimento na comunidade e o perfil humanístico, é talvez desejável que a bioética mantenha relações estreitas com o que é definido como prioridade por parte dos grandes atores. A mesma pode fortalecer a formação dos estudantes e junto a isso dar suporte ao perfil médico que o país necessita, definido tanto a nível estatal quanto pela universidade.

Quando há simultaneamente duas reformas na área da saúde no país, e encontram-se na mesma etapa de implementação, é uma oportunidade para a bioética de propiciar ferramentas para a abordagem dos problemas existentes, tanto a nível clínico quanto a nível social.

## **Bioética, campos de ação e fundamentos:**

O termo “bioética” é um neologismo, que pode corresponder a pelo menos duas origens, por um lado em 1927 “Bio-Ethik” utilizado pelo alemão Fritz Jahr o qual é citado em 1997 pelo professor Rolf Lothar da Universidade Humboldt de Berlim. Fritz publica pela primeira vez no jornal Kosmos, fazendo referência a este termo, com um artigo intitulado: “*Bioética: uma revisão sobre o relacionamento ético dos seres humanos com relação aos animais e às plantas*”. Grande parte da história do autor é desconhecida, e os significados que o termo poderia trazer consigo, porém o mesmo aponta o primeiro registro da palavra, num sentido similar ao que conhecemos atualmente.<sup>27</sup>

Por outro lado em dezembro de 1970 é Van Rensselaer Potter quem coloca o termo bioética na opinião pública, através do artigo “Bioethics, The Science of Survival”, que será um dos capítulos de “Bioethics: Bridge to the Future” em 1971. O mesmo pretende integrar as ciências e a filosofia, em uma perspectiva de futuro que possa propiciar à humanidade e às gerações futuras, os máximos benefícios da ciência tendo em conta os acontecimentos atuais e suas futuras repercussões. Esta nova área de conhecimento apresenta-se como um campo de reflexão que compreende as ciências na base da natureza e as repercussões das ações humanas sobre a mesma.<sup>28</sup>

Nas palavras de Pfeifer se esboça uma das ideias de Potter da seguinte forma: “*O esforço de Potter é voltar a atenção para o enfermo como um ser íntegro, uma totalidade prévia à qualquer análise, a qualquer consideração parcial*”.<sup>29p.75</sup> Assim a medicina passa a ver o sujeito em sua integridade, independente da investigação segmentada de moléculas, valorizando a integridade e considerando os referenciais da evidencia científica proporcionada pela ciência.

Entende-se que ambos pensadores estavam desconectados na criação do neologismo, reconhecemos que ambos faziam referência à uma necessidade de analisar do mundo da ciência, de uma perspectiva ética, em função do máximo benefício social, ou seja, que a ciência fosse um instrumento que garantisse o bem-estar dos seres humanos na atualidade com o olhar no futuro. Os avanços científicos, as intervenções humanas sobre a vida, tornam necessária uma reflexão sobre estas ações, e interpretam que é necessária uma análise filosófica principalmente da ética. Isto sem dúvida garantiria o uso adequado da ciência e da tecnologia, visando gerar um bem-estar social para toda a humanidade.

Estes foram os dois primeiros olhares dados ao neologismo, apesar de que havia diferença no que pretendiam abranger, fazem referência a uma análise global da ética voltada ao mundo das ciências da vida. Este olhar ampliado e global do termo, iniciou rapidamente seu processo de redução conceitual e temático em meados dos anos 70, quando através de outros caminhos

Hellegers no Kennedy Institute for Ethics e Callahan no Hasting Center dão enfoque ao olhar sobre os problemas médicos, biomédicos e de investigação que ocorriam neste momento nos Estados Unidos. Alguns dos principais temas que motivaram reflexão se referiam à reprodução humana, o controle de natalidade, o aborto e as investigações polêmicas levadas adiante nos Institutos Nacionais de Saúde (NIH), depois da Segunda Guerra Mundial.<sup>30</sup>

Desta forma foi modificando-se o paradigma sobre os alcances e objetivos que perseguiram a bioética, a qual concentra sua análise no âmbito médico e biomédico, discordando das formas antigas para as quais a princípio havia sido criada, perdendo seu olhar global e expandindo-se a nível mundial como uma disciplina que pertence às ciências médicas e biomédicas.

Os objetivos e áreas de estudo da bioética são diversos e muitos deles diferem-se na ideia de como abordar certos problemas no âmbito da ciência e da medicina. Por sua vez diversos pensadores defendem que o olhar da bioética é global e que a mesma não pode ser reduzida ao âmbito médico incluindo outros temas e áreas de interesse para a análise dos problemas referentes às ciências da vida. Com a finalidade de propiciar um olhar amplo das diferentes áreas de estudo da disciplina separaremos em campos de ação da bioética.

A bioética como ética aplicada entendemos que deve aplicar-se à situações concretas em relação a um eixo teórico de análise. Para isso não podemos desconhecer os campos nos quais a mesma deve oferecer respostas diversas e flexíveis, evitando cair num reducionismo teórico que poucas respostas representam a realidade na qual os sujeitos se movimentam. Os campos de ação nos permite aproximar à situações nas quais devem chamar a bioética ao diálogo de disciplinas múltiplas e oferecer as possíveis respostas que aproximam os sujeitos da tomada de decisões de forma consciente, através de um processo de reflexão que o aproxime à realidade que se enfrenta.

### **Campos de ação da bioética:**

Define-se como campo de ação da bioética como aquelas áreas de conhecimento referentes às práticas sociais sobre as quais tem centralizado sua produção acadêmica desenvolvendo um espaço reflexivo, crítico e dialético. O desenvolvimento de campos de ação não pretende fragmentar a bioética em áreas de especialização, e sim direcionar um olhar aos diferentes campos na ciência da vida onde surgem os conflitos que a bioética pretende problematizar e refletir. Entendendo que a bioética é uma área de conhecimento interdisciplinar é junto a outros conhecimentos onde surgem as possibilidades de atuar como uma ética aplicada. Seguindo esta ideia passaremos a desenvolver os diferentes campos de ação nos quais surgem os principais conflitos que são objetos da disciplina.

#### **a) Tomada da decisão clínica:**

A tomada de decisões no âmbito clínico é conhecida no meio acadêmico como bioética clínica e talvez seja uma das áreas mais desenvolvidas da bioética, apesar de não ser a única nem a mais importante. A mesma acabou se difundindo mais após o modelo proposto por Beauchamp e Childress, Princípios de Ética Biomédica o qual validou de forma homogênea a solução dos problemas éticos e da prática clínica mediante quatro princípios. Esta corrente recebeu muitas críticas nos anos 90 por parte dos especialistas em bioética do mundo todo<sup>31</sup>, o que resultou em outros modelos de bioética clínica, melhor aplicados para os contextos sociais, culturais e econômicos dos países da América do Sul e outras regiões do mundo que se encontram em desenvolvimento.

A bioética e a tomada de decisões clínicas, entendida como aquela que se dá em âmbito de assistência direta à saúde, não se restringe ao médico pessoal, mas também envolve todos os profissionais de saúde no conjunto de decisões, dilemas e conflitos que se geram a partir da prática clínica.<sup>32</sup> Poderíamos afirmar que a bioética clínica é diferente da ética médica, já que a bioética clínica não consta em um conjunto de obrigações e normas pré-estabelecidas, que os profissionais têm obrigação de cumprir. A bioética clínica não oferece soluções mágicas aos conflitos que ocorrem no âmbito da assistência direta em saúde, mas sim dá suporte aos insumos para a reflexão e discussão de problemas determinados. No entanto, não se pode separar a ética médica da bioética clínica já que *“ética médica tradicional é baseada no relacionamento médico-paciente. Isto continua sendo fundamental no exercício da medicina, porém não é o suficientemente amplo para abraçar uma série de novas situações que surgem no fim do século XX”*.<sup>33p.276</sup>

Assim, a tomada de decisões no âmbito clínico aborda as situações cotidianas da assistência direta à saúde, porém não se restringe exclusivamente à elas. O campo de análise dos problemas mais frequentes que comprometem a ética colocam em jogo as ações humanas em conflito com valores e crenças tanto do pessoal sanitários quanto dos usuários dos serviços de saúde. De acordo com Figueiredo em referencia ao alcance da tomada de decisões no âmbito clínica, *“(...)a bioética clínica se diferencia porque diz respeito a todas as situações que exigem uma tomada de decisão, quer na prática médica, no cotidiano das demais profissões da saúde ou em situações particulares em comitês de ética.”*<sup>32p.347</sup>

O complexo entrelaçado de relações humanas, junto às ações que comprometem as crenças em ambas as partes, tendo em conta as relações de poder inerentes às diferenças de conhecimentos entre os usuários e o pessoal de saúde, pode notar-se ainda mais complexa, se existirem diferenças culturais. É desta forma que o Uruguai, apesar de não contar com comunidades indígenas diferentemente de outras regiões da América do Sul, as profundas diferenças sociais e econômicas têm impacto sobre a construção cultural de uma parcela vulnerável da sociedade, que se faz

necessário o respeito do pluralismo moral. Neste sentido, é possível existir múltiplas crenças que impactem a continuidade e adesão a tratamentos, atraso de tempo para a consulta, entre outros, os quais impactam o resultado final da assistência em saúde e o resultado final da saúde da população.

A bioética, vista da perspectiva dos Princípios de Ética Biomédica, se utiliza de quatro princípios para analisar as situações clínicas e biomédicas como ferramenta para responder os potenciais conflitos éticos. A mesma defende princípios universais, colocando como *prima facie*, ou seja, todos têm o mesmo valor moral, exceto quando os mesmos entram em conflito. É assim que nos acontecimentos cotidianos pretende-se extrapolar o conjunto de situações em máximas teóricas, com o objetivo de responder ou orientar em determinadas situações clínicas. Os princípios são os de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

A bioética dos princípios éticos é do tipo dedutiva e se constrói baseado na “*moral comum*”, a qual faz referência ao conjunto de julgamentos ponderados através dos quais os autores estabelecem que as situações cotidianas possam ser representadas em quatro princípios teóricos. Desta forma, a justificativa dos julgamentos morais ocorre de modo descendente a partir de princípios e teorias éticas das quais se deduz as decisões práticas. Os autores estabelecem que os princípios funcionem como um guia, sendo em última instância o clínico quem deve tomar a decisão baseada nos mesmos. A bioética dos princípios foi melhor aceita nos países de fala inglesa, porém desde o início houve muitos ataques que a acusaram por seu dedutivismo abstrato e seu fundamentalismo afastado da diversidade de culturas e valores.<sup>34</sup>

Compreendemos pela nossa perspectiva que a bioética clínica é um campo amplo de interações sociais, culturais e políticas, não deixamos de reconhecer os argumentos teóricos que a bioética de principio tem apoiado neste campo específico de ação clínica. É assim que, de modo geral, apresentamos as principais bases teóricas dos quatro princípios esboçados por Beauchamp e Childress em seu livro “*Princípios de Ética Biomédica*”, posteriormente os ampliar com o objetivo de contextualizar os mesmos na realidade latino americana junto a outras correntes que fazem referencia à tomada de decisões no âmbito clínico.

#### **a. 1) Autonomia:**

Para os autores a autonomia faz referência ao respeito das decisões de “*um outro*”, ao conjunto de livres em ausência de controle de um agente externo que module as decisões. É desta forma que afirmam a existência de situações nas quais a autonomia existe, porém a pessoa autônoma com aptidão de “auto-governo”, pode por motivos temporais perder a capacidade de se auto-governar, como ocorre no caso das patologias psiquiátricas onde o sujeito baseado nesta teoria

conta com “menos autonomia”. No entanto, esta situação é igualmente proposta do ponto de vista conceitual, para a assinatura de um novo consentimento informado sem compreendê-lo, afirmando que é autônomo, porém nesta ação pontual não atuou de forma autônoma. Portanto afirmam que ser autônomo está relacionado à “*capacidade de modificar a estrutura das preferências*”<sup>35p.114</sup>

Os autores afirmam que o mais importante é o método para garantir que esta autonomia deve ser respeitada, incluindo as situações nas quais o sujeito não tenha refletido. Afirmam que existem diversas teorias que tentam definir o sujeito autônomo, porém, que as mesmas exigem muitos requisitos, os quais nem sempre se encontram dentro da teoria, o que determina que poucas pessoas podem ser autônomas. Os autores defendem que uma teoria da autonomia que não pode ser alcançada pelos seres humanos, não é válida. Definido assim como “*compromissos que surgem frente à exigência moral geral de respeitar a autonomia*” da seguinte forma:

Centralizar a ação no agente que deve contar com três condições: a *intencionalidade*, o *conhecimento* e a *falta de influencia externa*. Afirmando que a primeira possui apenas duas opções com ou sem intenção, o que não representa um problema, no entanto a segunda e a terceira se encontram nuances que se expressam em maior e menor grau numa situação concreta, com o que a autonomia teria diferentes escalas de acordo com a interação das duas últimas.

Esta teoria afirma que para que exista uma ação autônoma não é necessário o conhecimento total nem a total independência no momento de tomar a decisão. Tendo em conta que é difícil estabelecer um limite entre o que é necessário para a decisão autônoma, porém consideram que é possível ser autônomo para participar de uma investigação ou receber um tratamento.

O respeito à autonomia só é posto em dúvida quando o mesmo se encontra em conflito com outras considerações morais, das quais é dependente. Coloca-se a beneficência como princípio que em determinadas situações pode ser mais importante que a autonomia. Os autores se definem como enérgicos defensores da autonomia, o que não implica que as instituições onde não se é autônomo não se justifique intervir.

Dentro do que teoricamente se considera a interpretação do respeito à autonomia, se coloca o consentimento livre e informado, como ferramenta que materializa este respeito. Os autores consideram que diante da ação de consentir se respeita a autonomia, não ficando claro como isto pode ser igualmente válido para as diferentes culturas, nível acadêmico dos sujeitos, analfabetos, extrema vulnerabilidade social, entre outros.

## **a.2) Não maleficência:**

Este princípio indica a obrigação de não cometer dano, diferenciando-o de ajudar ao próximo, o que faz referência ao mais puro sentimento ou ação de não danar, assumem que os conceitos são similares, apesar dos mesmos serem usados de forma diferentes para a filosofia moral, afirmando que a não maleficência se dá no sentido estrito, é mais rigoroso, e não a beneficência entendida como fazer o bem ao próximo.

O conceito de não maleficência está ligado para os autores ao conceito do dano, o mesmo é entendido como “*complicar, dificultar ou impedir que se cumpram os interesses de uma das partes*”.<sup>35p.183</sup> Os mesmos interpretam que a ideia de dano, pode ser diferente para das pessoas, não possuindo os mesmos significados para diferentes sujeitos.

O princípio da não maleficência obriga a não produzir dano, nem expor a tais riscos. Os autores focam seu olhar sobre o dano físico, a morte sendo um pouco mais flexível com relação aos danos mentais e outros prejuízos. Afirmam que o agente que produz um dano, não tem porque ser responsável legal ou moral do ato, quando o mesmo atua sem malícia ou intenção. Ou seja, o agente responsável pelo dano, pode não perceber que é responsável pelo mesmo, já que não atua com a intenção de produzir tais efeitos.

É assim que estes conceitos se relacionam à prática profissional negligente, fazendo referência ao profissional que atua por fora dos critérios éticos estipulados para sua profissão. No caso dos médicos, existem normas éticas, bem como um conhecimento e determinadas destrezas com as quais o profissional deve contar para não deparar-se em um ato negligente que potencialmente produza um dano.

Os autores fazem referência a um conjunto de conflitos cotidianos na prática clínica, os quais podem ser vinculados a não maleficência como princípio do ponto de vista conceitual. Dentro dos principais conflitos abordados se destaca: o suicídio assistido, a eutanásia, o deixar morrer, assim como as condições para esquivar-se da obrigação *prima facie* de tratar.

## **a.3) Beneficência:**

Os autores entendem a beneficência como toda ação que pretende beneficiar outras pessoas, bem como o princípio da beneficência faz referência à obrigação moral de beneficiar o outro. Compreende-se que nem toda ação propensa à beneficência é obrigatória, fazendo a distinção com embasamento no princípio de beneficência onde a obrigação é a norma. Em função de que as ações humanas cotidianas não podem somente produzir benefícios, é que se incluem os conceitos de dano

e risco, com os quais o clínico deve refletir junto à beneficência para tomar uma decisão. Discute-se o conceito de obrigação moral e o ideal moral, afirmando que a beneficência pode ultrapassar a moral comum, não como sendo uma obrigação, o que se apresenta num limite complexo entre a obrigação e o ideal.

Há confusões entre o princípio de beneficência e o de não maleficência, no entanto os mesmos diferem em vários aspectos. Em primeiro lugar os agentes são obrigados a não causar um dano o que se transforma as ações em uma “obrigação perfeita”, desta forma não estão obrigados a causar um benefício ao que se entende como “obrigação imperfeita”.

A complexidade do princípio de beneficência faz com que em muitas oportunidades o mesmo se encontre num conflito com o princípio de respeito à autonomia. Este conflito traz consigo posturas filosóficas opostas, o que os autores definem que não se pode estabelecer uma solução única já que a primazia de um princípio sobre outro depende em grande parte das situações nas quais se suscita o conflito. É assim que vinculam o conflito que traz a beneficência junto ao conceito de paternalismo, o mesmo entendido como o limite da decisão autônoma, já que de certa forma preza o benefício, toma uma decisão que não inclui a opinião do agente que será beneficiado sendo a autonomia vulnerável.

#### **a.4) Justiça:**

Baseado nesta teoria é afirmado que são diversas as formas de ponderar a justiça, assim como existem diversas teorias da justiça. É realizada a distinção da justiça formal, a qual segundo Aristóteles faz referência ao tratamento igual para os iguais e desigual para os desiguais, a mesmo faz referência ao termo de formal por não explicitar o âmbito no qual se dará este tratamento. Em referência aos princípios materiais de justiça, os autores utilizam o princípio de necessidade, já que a mesma faz referência a que a ausência daquilo que se necessita pode resultar em dano.

Os autores colocam seis princípios materiais válidos de justiça distributiva:

- A cada pessoa uma parte igual.
- A cada pessoa de acordo à necessidade.
- A cada pessoa de acordo com o esforço.
- A cada pessoa de acordo à distribuição.
- A cada pessoa de acordo com o mérito.
- A cada pessoa de acordo com os intercâmbios de livre mercado.

Beauchamp e Childress afirmam que não há uma forma de definir a validade ou não, de cada

um deles pelo que aceitam a validade dos seis princípios<sup>35</sup>. O texto afirma que a postura sobre um método de justiça merece opiniões controversas e que a inclusão destes seis pontos traz consigo conflitos, já que é difícil estipular qual é a ordem da prioridade deles, o que dificulta a construção de um sistema moral baseado em princípios. É assim que os autores desenvolvem as diferentes teorias clássicas de justiça não se colocando como partidário exclusivo de nenhuma delas.

Os autores realizam a análise sobre o acesso aos serviços de saúde nos Estados Unidos, o qual se sustenta basicamente por um sistema de seguros, que não garante o acesso universal a seus cidadãos, sendo o direito à atenção sanitária um dos eixos centrais deste princípio.

A bioética baseada em princípios tem provocado diversos problemas na hora de interpretar situações práticas no contexto regional. Não é a finalidade deste trabalho estabelecer críticas ao modelo teórico, mas sim munir-se de suportes conceituais que o mesmo possa oferecer para as reflexões dos conflitos do lado sul. É assim que se faz necessário buscar e construir modelos de bioética, que se enquadrem nos contextos sociais e culturais da região, os quais são capazes de considerar as grandes disparidades na distribuição dos benefícios. Vale destacar que a América Latina conta com outro tipo de conflitos próprios dos países em desenvolvimento, pelo que entendemos necessário complementar esta estrutura teórica com a finalidade de aproximar-nos da realidade regional.

Os modelos de análise para as relações clínicas, médico- paciente, sujeito de investigação-investigador não podem ser importadas de forma acrítica do modelo anglo-saxão, já que os mesmos contam com uma realidade cultural, social e econômica diferente da que vivem uma parte importante da população desta região. Seguindo Lorenzo em referência à busca de modelos de bioética, o mesmo afirma:

*“(...) uma bioética clínica que pretenda atuar em contextos de grandes disparidades socioeconômicas e culturais, apesar de manter seus universos de intervenção nesta dimensão unitária e direta relação com o paciente e seus familiares, [que] sofre a influência direta da dimensão coletiva das políticas públicas de saúde, pois são elas as que podem determinar a maior acessibilidade à atenção à saúde”.*<sup>36p.330</sup>

Na América Latina grande parte da população depende diretamente da assistência oferecida pelo estado, as quais pretendem intervir para diminuir as diferenças injustas que têm caracterizado a assistência à saúde na região. Na tentativa de materializar a necessidade de uma análise própria dos problemas de saúde, tendo em vista as características de nossos sistemas sanitários no contexto social e cultura, é que se considera que os modelos de análise da bioética clínica latino americana,

mantêm uma similaridade com as necessidades, problemas e urgências que caracterizam a assistência sanitária partindo de um contexto similar e compartilham um modelo cultural e portanto noções mais próximas de moral.

De acordo com Zoboli “*A competência ética é a aplicação de poder discernir e conhecer as noções comuns de ética em novos casos*”.<sup>37p.391</sup> É assim que as situações clínicas, as que se caracterizam por atender diferentes sujeitos nunca podem ser as mesmas, cada situação tende a ser única, em referência às particularidades de cada paciente.

Se levarmos em conta a dinâmica com a que as situações clínicas ocorrem, acaba sendo muito difícil pensar que as mesmas podem ser resolvidas pelos quatro princípios propostos por Beauchamp e Childress. Em primeiro lugar, porque os mesmos são colocados como *prima facie* o que a princípio os colocada com o mesmo grau de valor para qualquer situação e que é necessário que os mesmos sejam sempre cumpridos, a não ser que os mesmos entrem em conflito.<sup>28</sup> Em segundo lugar, é pertinente perguntarmos se com quatro princípios é possível abranger tantas variáveis que definem a realidade onde ocorrem os conflitos éticos na área de assistência direta à saúde.

Mesmo estes dois pontos sendo suficiente para aceitar que a bioética de princípios é mais uma versão romântica que uma teoria com possibilidades de ser aplicada em situações concretas e cotidianas que vivem os clínicos, acentua seu reducionismo ao colocar a autonomia como o princípio mais importante. Neste sentido citando Garrafa, pode-se evidenciar a importância da autonomia em detrimento de da justiça “*A maximização (...) do princípio da autonomia contorna o princípio da justiça em um mero coadjuvante da teoria principialista*”.<sup>31p.129</sup>

É desta maneira que resulta complexo para os profissionais de saúde vislumbrar possíveis soluções aos problemas cotidianos que superam as situações clínicas, que ocorrem na prática de sua rotina, já que através desta teoria, se coloca a responsabilidade de decidir aos clínicos sem ferramentas que os ajude em tais situações. A bioética como ética aplicada deve oferecer suporte para a reflexão, e não soluções homogêneas para conflitos multicasuais, pelo qual se impõe repensar quais são as possíveis teorias para colaborar com a complexa estrutura da relação pessoal entre saúde e paciente.

Uma investigação recentemente publicada a respeito das consultas a um serviço assistencial de bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre<sup>38</sup> analisa as principais causas que motivam as consultas para os clínicos. Na mesma consideram-se as dificuldades na tomada de decisões, quando existam conflitos entre o pessoal de saúde e a família.

A mesma afirma que a maior parte das consultas é solicitada pelos médicos, dado que é compatível com as investigações realizadas em outras partes do mundo e os serviços clínicos que

realizam mais consultas são os da medicina interna, pediatria, incluindo cuidados intensivos, oncologia pediátrica e psiquiatria.

A partir destes dados pode-se concluir em primeiro lugar que a formação ética dos clínicos não é suficiente para abordar conflitos cotidianos, já que se encontram na necessidade de solicitar assessoramento aos especialistas em determinadas situações. Isto pode ser esperado tendo em vista, como já foi mencionado anteriormente, a multi casualidade e a complexidade na prática clínica cotidiana. Em segundo lugar, duas grandes áreas clínicas, como são a medicina interna e pediatria, habitualmente se vêm envolvidas em conflitos que sobrepassam as soluções dos problemas orgânicos, passando assim a outra dimensão onde o orgânico pode estar comprometido, porém determinado por variáveis não orgânicas.

Desta forma a bioética clínica busca “*estabelecer uma aliança entre o conhecimento científico médico e humanístico*”,<sup>33p.275</sup> que ofereçam as ferramentas reflexivas permitindo aos profissionais em primeiro lugar refletir sobre sua ação, sobre a situação clínica particular, e em segundo lugar orientar a tomada de decisões que em última instância é o resultado final da atividade clínica associada à reflexão filosófica das ações humanas junto a seus benefícios e consequências.

Neste sentido, Jonsen e Stephen Toulmin citados por Figueiredo, afirma que “*em ética, nunca se deve partir dos princípios, mas sim de situações individuais*”<sup>32p.351</sup> Em seu lugar propõem em primeira instâncias a exposição dos problemas estritamente clínicos- técnicos tendo em vista que esta área está bem desenvolvida e analisada, para posteriormente passar à análise moral da situação que geral o problema. Este último divide-se em quatro áreas os critérios médicos, as preferências do paciente, a qualidade de vida e os fatores socioeconômicos.

Isto permite a contextualização da realidade de cada paciente em particular, o que da lugar à construção de julgamentos clínicos e éticos mais próximos à realidade clínica e dos problemas que enfrentados pelo paciente, que em último caso deve ser o motor de inspiração da prática assistencial. Pelo que podemos afirmar os “*julgamentos éticos, como os clínicos, não podem considerar a reais condições e circunstâncias concretas de cada contexto*”.<sup>37p.390</sup>

Com o objetivo de aproximar as teorias éticas do modo prático de raciocinar para os clínicos, Diego Garcia propõe a deliberação moral como método para a análise dos problemas éticos que ocorrem na assistência direta à saúde. Segundo o autor, os antigos gregos denominam a deliberação como o processo de ponderação razoável, e a decisão que se toma através deste processo é chamada de prudente, entendendo que a deliberação e a prudência são as bases do raciocínio prático. Entendem que o raciocínio prático é próprio da ética, da política e as técnicas em geral, onde se inclui a clínica, entendendo-a como um espaço do conhecimento onde deve-se lidar com a incerteza.<sup>39</sup>

O autor faz referência à estrutura de raciocínio que compartilha a clínica e ética afirmando que “*Os julgamentos morais, bem como os médicos, são primeiramente empíricos e concretos. Neles se cumpre o princípio de que a realidade concreta é sempre mais rica do que nossos esquemas intelectuais e que, portanto, os transpassa*”.<sup>39p.24</sup> Assim o autor afirma a necessidade de revisar os fatos concretos para posteriormente serem analisados diante dos referenciais teóricos, propondo um método que guie a ação, cumprindo uma série de fases para um processo correto de deliberação:

1. *Apresentação do caso pela pessoa responsável em tomar a decisão.*
2. *Discussão dos aspectos médicos da história.*
3. *Identificação dos problemas morais que apresenta.*
4. *Eleição pela pessoa responsável pelo caso do problema moral que a ela preocupa e quer discutir.*
5. *Identificação dos cursos de possíveis ações.*
6. *Deliberação do curso de ação ótimo.*
7. *Decisão final.*
8. *Argumentos contra a decisão e argumentos contra esses argumentos, que estaríamos dispostos a defender publicamente.*<sup>39p.25</sup>

O autor afirma que o dever é cumprir com os princípios, pelo qual se consegue a ligação entre a proposta da bioética de princípios, contribuindo com os passos a seguir para que os mesmos possam ser efetivos, diante de um procedimento que facilite aos profissionais de saúde, chegar a tomar uma decisão prudente.

O processo de deliberação por parte dos profissionais pode ser apoiado muitas vezes pelos comitês de ética clínica, os quais podem contribuir com as ferramentas de deliberação moral mais profundas, no caso de contar com eles nas instituições. Como é o caso da investigação realizada na Suécia a qual procura valorizar como os casos de deliberação moral, podem apoiar e mostrar diferenças posteriores quando a deliberação faz parte da solução dos conflitos morais ocorridos no âmbito clínico.<sup>40</sup>

Desta forma estes espaços para a deliberação, e discussão coletiva devem ser fortalecidos na educação médica, não somente na aprendizagem dos principais autores que sustentam a deliberação moral como ferramenta para tomar decisões no âmbito clínico, senão com a prática durante a formação do estudante de medicina. Espaços de deliberação moral para resolução de casos clínicos incentivando um espaço de reflexão entre os estudantes para pensar os diferentes conflitos com os quais os mesmos se enfrentaram no final da formação acadêmica.

Consideramos que não é suficiente a repetição automática e acrítica de princípios para a resolução de conflitos clínicos, assim como a deliberação tampouco pretende ser a repetição de seus

fundamentos, e sim que a mesma proponha o exercício reflexivo, crítico cotidiano por parte dos estudantes desde o início de sua formação. Desta perspectiva é possível alcançar o fortalecimento da reflexão como uma parte a mais da prática médica, entendendo que em última instância com médicos críticos dos sucessos que os rodeia se fortalece a atenção que os mesmos oferecem a seus pacientes, assim como é possível uma maior conformidade dos profissionais com suas tarefas diárias.

#### **b) Investigação com sujeitos humanos:**

A investigação com humanos é uma prática que vem ocorrendo já há vários séculos, motivada no princípio pelo fim do conhecimento em si mesmo até as práticas atuais de investigação internacional de financiamento de empresas privadas. Neste conjunto de objetivos desiguais se faz necessário realizar a distinção entre a investigação realizada pelas universidades motivada pelo conhecimento em si mesmo e as investigações que buscam como finalidade o rendimento econômico de patrocinadores. Neste sentido, podemos afirmar que o que elas têm em comum é a necessidade de demonstrar as hipóteses teóricas sobre sujeitos humanos.

Porém reconhecemos que este tipo de prática têm sido de inestimável benefício para a melhora da qualidade de vida das populações, aumento da expectativa de vida, e em diversas oportunidades acesso a medicamentos que de outra forma não seria possível, também devemos reconhecer as diversas denúncias que algumas de essas práticas têm gerado na comunidade internacional.

A partir do código de Núremberg que começa a preocupação pelos modos de realizar a prática científica sobre humanos, posteriormente às maiores aberrações da história, onde se nota que nem toda prática científica é legítima ou reconhecida pela comunidade científica internacional, se a mesma não se realiza sob certos padrões éticos mínimos que respeite os sujeitos envolvidos, bem como o reconhecimento da dignidade dos mesmos.<sup>41</sup>

É assim que no âmbito da investigação com humanos ocorrem os conflitos éticos, os que podem ser vistos acrescentados pelo tipo de população sobre a qual se está investigando, assim como quem é o financiador do mesmo. Se deixarmos de lado, quem é o financiador de uma investigação e nos concentrarmos sobre quem são os sujeitos que participam da mesma, podemos vislumbrar que nem todos os sujeitos possuem os mesmos recursos financeiros, culturais e sociais na hora de tomar a decisão de participar de uma investigação. É assim que as investigações realizadas na América Latina podem aparentar complexadas quando as mesmas se realizam sobre populações vulneráveis.

A pesar de existirem diferentes conceitos sobre o significado da vulnerabilidade, podemos afirmar que a mesma se manifesta em três planos:

*“em primeiro lugar, a fragilidade de manter-se com vida: vulnerabilidade vital; em segundo lugar a vulnerabilidade de subsistência, referentes às dificuldades de assegurar os elementos biológicos necessários para manter-se e desenvolver-se; em terceiro lugar, a vulnerabilidade existencial, incluindo a vulnerabilidade social, que são os imprevistos que ameaçam a continuação do projeto de vida que cada qual persegue”*.<sup>42p.341</sup>

Assim distinguimos os sujeitos, já que ao lado sul do mundo as condições de vida dos povos são diferentes das condições dos povos de países desenvolvidos, e que pode encontrar-se ameaçados nos três planos apontados pelo autor. É com a finalidade de oferecer as garantias de respeito aos sujeitos que surge o consentimento informado, o qual nasce como uma ferramenta para validar o acordo que surge entre investigador e investigado. O mesmo pode ser valorizado como uma conquista a favor dos sujeitos de investigação, porém devemos destacar que nem todos os sujeitos disponibilizam das mesmas ferramentas para consentir o ingresso ou não em uma investigação, já que quando os mesmos não possuem cobertura em saúde, água potável, educação adequada, torna-se duvidosa as condições nas quais o consentimento se dá.

Neste sentido, povos originários, povos das regiões mais pobres na periferia das grandes cidades, analfabetos, em outras palavras populações vulneráveis ou vulneradas não contariam com as condições básicas para dar seu consentimento livre e esclarecido. Por estes motivos é que é necessário ter em vista alguns dos referenciais teóricos ponderados pela bioética de proteção. Nestas situações onde se impõem a responsabilidade por parte do estado de proteger os sujeitos que se encontram em condição de vulnerabilidade determinada por suas condições materiais e sociais.<sup>43</sup>

A necessidade de estabelecer cuidados apropriados por parte do estado às populações vulneráveis na região sul, nasce em relação às constantes intenções de flexibilização dos principais documentos que se relacionam à ética em investigação com seres humanos, destacando que o duplo padrão moral, o uso de placebos e a responsabilidade dos benefícios posteriores às investigações têm sido o motivo de conflitos na comunidade internacional, principalmente na declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial.<sup>44</sup>

Talvez este seja um dos assuntos mais discutidos nos ensaios clínicos e o desenvolvimento da medicina no campo científico após os anos 70, que trouxe consigo um conjunto de situações de difícil solução para os clínicos e investigadores, bem como diversas denúncias das sociedades científicas e a população como um todo contra os abusos realizados pela indústria farmacêutica. Desde seu primórdio, a bioética têm se preocupado com a busca por uma solução deste tipo de conflitos que colocam em jogo a vida e os direitos de muitos sujeitos de investigação.

As novas formas de validação do conhecimento científico tendenciadas à neutralidade dos investigadores têm levado ao uso de diferentes metodologias para cumprir com as melhores técnicas de objetividade, se bem que *“tal objetividade é de fato uma construção com efeitos pragmáticos a ser valorizada do ponto de vista ético”*.<sup>45p.363</sup> Isto ocorre com os ensaios clínicos duplos ou triplos cegos, no qual as partes que compõem a investigação não têm conhecimento de grande parte da estrutura da investigação, com objetivo de evitar as tendências da investigação. Assim pode-se culminar num risco de que o sujeito da investigação termine sendo *“um elemento coisificado para o cumprimento dos objetivos da investigação”*<sup>46p.422</sup>

Devemos acrescentar a este conjunto de conflitos estritamente metodológicos da área da ciência, sua modificação no decorrer do tempo nas práticas de investigação. A mesma num principio parte de uma ideia baseada na motivação pelo conhecimento no século XVIII, para transformar-se numa prática ligada ao complexo industrial do século XX, associado a um mecanismo de internacionalização da prática científica no contexto da globalização dos mercados na atualidade.<sup>44</sup>

Assim que se dá o encontro entre a ciência e a técnica, a mesma se expressa como produto final no mercado, este é o caso dos ensaios clínicos multicêntricos financiados pela indústria farmacêutica onde o produto do conhecimento científico se vê materializado em um produto comercializável. De acordo com Olivé referindo-se ao encontro entre a ciência e a técnica entendemos que *“Estes sistemas se baseiam em conhecimento científico e em conhecimento tecnológico, e têm passado a formar parte dos sistemas de produção no sentido estritamente econômico, de uma maneira que é igualmente inovadora na história”*.<sup>47p.224</sup>

Este tipo de prática que une a ciência, a técnica e o mercado, se relaciona com sujeitos humanos, que são a parte fundamental do teste de drogas na sua última fase de prova, para o uso humano. Este tipo de prática pode ter implícito um grau de risco entre médio e elevado, assim cabe distinguir quais são as condições onde se encontram estes sujeitos, em função de que entendemos que os mesmos não partem das mesmas condições materiais, culturais nem educativas.

As condições nas quais os povos do lado sul do mundo vivem e se desenvolvem são alguns dos determinantes para sustentar a postura de abster-nos de importar de forma acrítica o consentimento livre e a primacia da autonomia na hora de realizar investigações desenhadas em países desenvolvidos, porém executadas nos países em desenvolvimento. Desta forma para uma análise através destes referenciais teóricos e que os mesmos tenham a validade proposta se impõe a necessidade de contextualizá-lo como forma de validar o método, tal qual afirma Schramm et al *“porém sempre levando em consideração que o uso do método proposto e sua pertinência tem a ver com o contexto”*.<sup>45p.367</sup>

É assim que no contexto da discussão global, alguns temas não menos importantes devem ser colocados, como são os mecanismos para minimizar riscos em populações da América Latina de baixa renda. Entendemos que uma parte da população se encontra num contexto de vulnerabilidade que faz parte de sua vida cotidiana e que os mecanismos de avaliação de risco não podem ser extrapolados de forma acrítica, já que o contexto nos quais sua vida se desenvolve são diferentes dos contextos econômicos e sociais dos cidadãos do hemisfério norte, por isso os mecanismos para recrutar sujeitos humanos para investigações internacionais devem ser avaliados corretamente, tendo em vista o contexto já que os riscos, e a minimização dos mesmos são interpretados como diferentes.

A avaliação ideal dos riscos deve ser realizada da perspectiva regional, já que as profundas diferenças na conjuntura podem trazer consigo danos não desejados e evitáveis, em outras palavras, a avaliação inapropriada descontextualizada pode expor os povos do hemisfério sul a situações injustas as quais podem ser corretamente evitadas com mecanismos conforme a avaliação.<sup>48</sup>

Os críticos da teoria principialista e por analogia os princípios de Georgetown afirmam que este modelo não é útil para valorizar os principais conflitos éticos que ocorrem no campo de investigação com humanos nos países em desenvolvimento onde grande parte da responsabilidade de proteção dos mesmos está nas mãos do estado, afirmando que

*“os princípios de Georgetown têm de ser interpretados estritamente como uma confusa ainda que eficiente concepção liberal da moral para o desenvolvimento científico-tecnológico em saúde, destinada a minimizar as exigências ao Estado pelo poder fático da moral religiosa tradicional e as exigências ao Estado pelo universalismo da moral civil dos direitos humanos”<sup>34p.39</sup>*

Compreende-se que a formação dos estudantes de medicina deve abordar profundamente as situações referentes às investigações com sujeitos humanos, já que as mesmas fazem parte da prática cotidiana da medicina. Consideramos que é fundamental que o futuro médico possa vislumbrar que pode encontrar-se em situações nas quais os conflitos de interesses condicionem a ética de sua prática, bem como deve reconhecer que em diversas oportunidades se investiga sobre sujeitos vulneráveis não somente do ponto de vista orgânico, mas também a existência de uma relação com as vulnerabilidades sociais, econômicas e educacionais de muitos dos usuários de serviços de saúde.

Os estudantes desenvolvem sua prática em hospitais públicos, sendo que a maioria das disciplinas clínicas está situada nos serviços de assistência do estado, e é aqui onde se realizam uma parte das investigações multicêntricas financiadas pela indústria farmacêutica. Consideramos de suma importância que os docentes e estudantes entendam o conflito de interesse ao qual estão

expostos, assim como também que os mesmos tenham inserida a ideia de que sua obrigação é com os pacientes e usuários dos serviços de saúde, não com as empresas que financiam as investigações.

### **c) Bioética e proteção animal.**

A bioética no contexto da investigação tem como objetivo o estudo do experimento animal e a moralidade da prática que utiliza para outros seres vivos em benefício do bem-estar dos seres humanos. Referindo-se a si é moralmente correto o uso de animais nos experimentos científicos, se apresentam dois grupos divergentes, os que consideram isto um feito imoral, e por outro lado os que consideram que esta prática é necessária previamente ao experimento em humanos. Esta última postura, pode atribuir aos seres humanos um valor moral maior do que o atribuído aos outros seres vivo, tornando isto objeto de discussão.<sup>49</sup>

Apesar de não ser o objetivo do presente trabalho, aprofundar nas contradições teóricas que existe entre os defensores da liberdade e os direitos dos animais, e aqueles que fundamentam uma visão antropocêntrica de seu uso, consideramos fundamental conhecer os principais elos da discussão contemporânea que tem sido colocada no espaço público e que tem gerado como consequência movimentos ativista de defesa aos animais pelo mundo todo.

Em referência àqueles que consideram imoral a utilização de animais em benefício da humanidade se destacam duas grandes correntes, de um lado Peter Singer e a liberação animal, e de outro lado Thomas Regan e os direitos dos animais. Ambas correntes são fundamentadas no utilitarismo, não se resumindo a ele, afirmam que os animais têm a potencialidade de evitar a dor e buscar o prazer, apesar de não serem capazes de “fazer” moralmente, têm a capacidade de sentir, o que lhes outorga um valor que não mantêm diferenciais qualitativos com os seres humanos, já que os mesmos possuem a capacidade de sentir.<sup>50</sup>

Somado a isto, Regan afirma que não é suficiente com as considerações teóricas que o utilitarismo propõe, já que sempre que houver a possibilidade de um amplo benefício para a humanidade, se justifica a perda do respeito moral em relação aos animais. Em seu lugar o autor propõe que para a proteção eficiente dos animais é necessária uma normativa jurídica que ofereça a proteção necessária para assegurar seus direitos. O autor também considera que a humanidade utiliza os animais como simples meios seu bem-estar, destacando que os mesmos são fins em si mesmos e, portanto merecem um respeito de índole moral por parte dos seres humanos.<sup>50</sup>

No entanto, segundo afirma Patrão Neves estas posturas morais geram uma reformulação no eixo do agir humano diante dos animais, sendo estas teorias um ponto de desencontro para os diferentes autores, pois se é considerada esta teoria de forma autônoma e hegemônica as mesmas

podem trazer consigo posições extremas, o que causaria muita dificuldade para serem defendidas do ponto de vista teórico, e que teriam uma grande dificuldade em alcançar consensos no plano prático.<sup>50</sup>

Este tema de debate para a bioética traz consigo um problema ainda maior, a falta de elementos claros que determina o sofrimento o a percepção da dor dos animais, tendo em vista que isto é difícil de interpretar inclusive nos seres humanos onde a percepção varia de um indivíduo para o outro. A dor determina modificações fisiológicas nos animais, podendo ter repercussão sobre os resultados a serem interpretados, assim o bem-estar animal passou a ser uma preocupação científica para a correta interpretação dos resultados.<sup>49</sup>

No Uruguai é criada no ano de 2009 a lei 18.611 referente à regulamentação da utilização de animais (vertebrados) em atividades de experimentos, docência e investigação científica, tendo em conta as atividades que fazem referencia às “*ciências básicas, ciências aplicadas, desenvolvimento tecnológico e biotecnológico, produção e controle da qualidade de drogas, medicamentos, alimentos, imunobiológicos, dispositivos e instrumentos.*”<sup>51</sup> Através desta lei é oferecida a proteção e a definição das guias de ação para as práticas em animais, bem como dá lugar à criação da Comissão Nacional de Experimentação Animal (CNEA).

A CNEA tem como responsabilidade controlar, assessorar, credenciar, registrar e autoridade de aplicar sanções a todas as atividades que tenham relação à experimentação animal em território nacional. A presente lei também cria Comissões de Ética no Uso de Animais, como parte das obrigações que se deve cumprir nos centros que desenvolvem investigação com animais e docência, devendo incluir pelo menos um médico veterinário, um investigador e um representante da comunidade local.<sup>51</sup>

A base legal é necessária para assegurar a conduta das instituições, mas também é necessária a educação dos estudantes e investigadores do tema. Da nossa perspectiva entendemos que a investigação em animais é um passo prévio à investigação em humanos, por isso a mesma deve oferecer as garantias éticas para assegurar que a mesma diminua o mal-estar animal. Compreendemos os animais como pacientes morais, dignos de nosso respeito, e que diante de práticas inadequadas podem encontrar-se vulneráveis, e incapazes de expressar esse desconforto.<sup>52</sup> Portanto a responsabilidade de investigadores e educadores que utilizam animais se multiplica ao terem como tarefa zelar pelo bem-estar animal como condição fundamental para exercer a práticas nos mesmos.

Assim sendo, a regulamentação para uso de animais está estipulada e deve consistir de um processo educativo que tenha como base o respeito para com os mesmos. O debate sobre o estatuto moral do animal em comparação com os humanos, não está finalizado, apesar de se manter em

conformidade com a restrita regulamentação sobre a prática. “A *controversa permanece até os dias atuais, não havendo consenso em relação à posição que os animais ocupam em relação aos seres humanos*”<sup>53p.35</sup>

Apesar de não termos conseguido estabelecer acordo no estatuto moral, para a investigação se mantém o acordo das 3R propostas por Russel e Burch:

*“Redução (reduction)- pondera o uso e sofrimento infligido aos animais em relação aos objetivos e benefícios desejados (...) limitar o número de cobaias; refinamento (refinement)- preocupação com o bem-estar dos animais, com instalações adequadas e extinção da dor; substituição (replacement)- estimula a busca de métodos alternativos para o modelo animal”*.<sup>54,p.137</sup>

Devemos destacar o lugar de importância que têm tido o experimento em animais na descoberta na área de medicina na ciência básica, tendo essas provas realizadas como bases para a compreensão de patologias, que afetam uma importante parte da população mundial, como por exemplo, a malária, a vacina contra febre amarela, a organização funcional e estrutural da celular, a melhoria das técnicas para transplante de órgãos e os aspectos essenciais do uso da ressonância magnética.<sup>55</sup>

Assim sendo, os estudantes de medicina têm um contato próximo com animais durante diferentes etapas da graduação, em maior intensidade durante os cursos de ciência básica. O respeito pelos animais, não nasce exclusivamente através do cumprimento de regras, mas sim aponta para reflexões de sua utilização a qual deve ser treinada tanto por estudantes quanto por investigadores docentes, sendo os últimos responsáveis por transmitir a importância da prática, bem como a responsabilidade profissional da mesma.

Nos primeiros anos de faculdade, os alunos se encontram em várias oportunidades com modelos experimentais desenvolvidos em animais, apesar de fundamental o exemplo que os docentes oferecem aos estudantes sobre a conduta adequada, é necessário que os mesmos saibam lidar com aspectos gerais sobre o experimento animal e como diminuir o sofrimento de outros seres vivos. Como no início da carreira não conseguimos conhecer quais estudantes seguirão a área clínica e quais seguirão a área básica, colocamos como necessária a formação nesta área, fortalecendo o cuidado prévio, durante e posterior ao uso de modelos animais no contexto acadêmico.

#### **d) Bioética e Saúde Pública:**

No início os principais fundamentos da bioética se apresentam em um enfoque individual, é a partir de então que devido a algumas críticas ao modelo padrão da bioética de princípios surge a necessidade de levar em conta a magnitude coletiva em relação à saúde. Estas críticas surgem à raiz da falta de sustentação teórica para enfrentar macro problemas em saúde, que ocorrem nos países periféricos.<sup>45</sup>

Assim, autores de todas as partes do mundo e principalmente latino americanos, desenvolvem um corpo teórico para a análise dos problemas de origem coletiva decorrentes daquela região. Isso sem dúvida vem motivado pelas diferenças no acesso aos serviços de saúde, a pobreza e seu impacto sobre as condições sanitárias de sua população, a baixa renda dos países periféricos e, portanto o escasso dinheiro investido no setor saúde. O aumento de custo na saúde se deve, na opinião de Fortes à “urbanização crescente, o incremento das doenças crônico-degenerativas, o envelhecimento populacional, as novas concepções sobre o processo saúde- doença, a medicalização da sociedade, a universalização dos cuidados de saúde, as mudanças de costumes e a crescente incorporação tecnológica”.<sup>56p.696</sup>

Alguns temas básicos de saúde pública se relacionam com a bioética, motivado principalmente por condições de injustiças onde vive grande parte da população tomando como eixo os conflitos gerados no campo da saúde coletiva.

As condições de falta de acesso à água potável, as barreiras geográficas em grande parte da América Latina, limita o acesso aos cuidados básicos da saúde e isto se coloca em contrapartida com as tecnologias, acesso e oportunidades com as quais contam as grandes cidades industrializadas, criando um conjunto de desigualdade voltado para um conflito ético de difícil solução. No Uruguai ocorre que, este tipo de conflito, apesar de ser em território nacional, não apresenta importantes barreiras geográficas, porém fica evidenciada a desigualdade no acesso e na atenção à saúde, o que acabou por motivar a criação de um Programa de Saúde Rural, o qual evidenciou diferenças significativas entre a capital e o interior do país. A distribuição dos recursos humanos, tanto médicos quanto não médicos, a responsabilidade de especialistas, técnicas diagnósticas, entre outros fizeram com que o programa se transformasse em uma das prioridades do estado uruguaio da atualidade.<sup>57</sup>

Podemos dizer que dois dos referenciais teóricos mais importantes na América Latina foram a Bioética de Intervenção de Porto & Garrafa, e a Bioética de Proteção de Schramm e Kottow. Os autores destacados colocaram em discussão estes referenciais teóricos na publicação do livro Bioéticas, poder e injustiças: dez anos depois, colocando a necessidade de pensar em uma bioética

global, vários dos eixos teóricos por eles propostos estão em vigência atualmente.<sup>58</sup>

A bioética de intervenção chama para uma re-politização dos conflitos morais que ocorrem no lado sul, chamando a atenção para que os atores que ocupam cargos de poder se coloquem no lugar dos mais vulneráveis.<sup>59</sup> Esta proposta teórica aumenta o compromisso com a maioria da população do sul, entendendo que o estado deve tomar as medidas necessárias para diminuir as iniquidades em saúde compreendendo que a causa das mesmas não é puramente orgânica- biológica e detendo seu olhar na determinação social de enfermidade.

Deste modo, o olhar se foca nos macro determinantes, abrangendo a realidade onde a mesmo acontece e sob as condições nas quais a mesma existe. Tal qual descrevem Fulgencio e Nascimento: *“A questão da justiça social, nos países periféricos, será de importância fundamental para as bioéticas sociais. Esta abordagem se estabelece a partir dos indivíduos que são atravessados por realidades econômicas, sociais e culturais, as quais afetam o acesso aos serviços de forma geral e por consequência, sua qualidade de vida”*.<sup>60p.47</sup>

Esta fundamentação teórica resgata o olhar latino americano evitando as imposições neo-coloniais sobre uma forma de resolução dos problemas que ocorrem nesta região, contextualizando e priorizando as organizações sanitárias e os contextos sociais com os quais as mesmas devem lidar.<sup>1</sup> É assim que a diferença do modelo principialista está focada, saindo do modelo hospitalocêntrico para situar-se no primeiro nível de atenção, onde ocorre a maior parte dos problemas de saúde, destacando o acesso à atenção básica, elemento prioritário dos sistemas de saúde da região sul.

Neste sentido destacamos que as reformas sanitárias da região vêm se relacionando com os movimentos sociais e políticos que priorizam o acesso universal dos cidadãos à saúde, construindo sistemas sanitários que se sustentam na ideia de equidade, e não na capacidade de pagar pelo atendimento à saúde. Desta forma a saúde para a região mantém mantêm profundas diferenças com sistemas sanitários orientados no lucro, já que para grande parte do lado sul a saúde integra mais um dos direitos humanos, pelo qual o estado deve oferecer garantias e o compromisso de poder assegurá-los.

Tendo em vista a amplitude de conflitos morais que podem ser gerados na área da saúde, que não só integram a proteção individual, mas também tendem à proteção coletiva de todos os humanos, não sendo o valor fundamental sua relação teórica, porém como destaca Oliveira, é necessário questionar-nos *“o problema prioritário em relação aos Direitos Humanos não é tanto o de justificá-los, mas sim o de protegê-los”*.<sup>61p.72</sup> É assim que em seu duplo valor a Declaração de Bioética e Direitos Humanos representa um documento que aponta a ser defendido pelos Estados, sendo os mesmos os responsáveis de oferecer estas garantias.

A Bioética de Intervenção, baseada nos Direitos Humanos, realizam a distinção sobre os tipos de problemas que a bioética deve tomar atitude para guiar a reflexão, dividindo os mesmos em problemas persistentes, ou seja, aqueles que acompanham a humanidade desde o início, como a pobreza, o aborto, as injustiças sociais, e os problemas emergentes, aqueles que são resultados das novas tecnologias trazendo consigo discussões de índole moral diante de novas situações como a genética, os transplantes e o uso de novas tecnologias.<sup>31</sup>

Desta forma na perspectiva latino americana, os direitos humanos fazem parte dos fundamentos para a ação e a tomada de decisões na área da bioética e a saúde pública, por um lado, para as próprias características dos sistemas sanitários com forte regulamentação e responsabilidade estatal, assim como da ideia de saúde como direito da região. Oliveira afirma que: *“Saúde Pública e Direitos Humanos contribuem para que o arcabouço teórico em torno da avaliação da ética em práticas em Saúde Pública seja reforçado, bem como para que sejam construídos aportes hábeis para se analisar a ação estatal nesse campo.”*<sup>61p.90</sup>

Os autores se centram na justiça e na equidade de uma perspectiva coletiva, tendo como referencial os direitos humanos e como fundamento teórico no caso da Bioética da Intervenção a corporeidade, afirmando que *“(...) aumentando o insuficiente e diminuindo o excedente, se completa o ciclo de equidade, garantindo a sustentabilidade social e ambiental e a vida dos dois. Isto é, pura e simplesmente justiça”*.<sup>62p.119</sup>

Por outro lado nos encontramos com a bioética de proteção proposta por Schramm e Kottow que, preocupados com as mesmas situações coletivas fazem referência à proteção necessária dos indivíduos vulneráveis e vulnerados. A mesma é entendida por seus autores da seguinte forma: *“Bioética da Proteção entendida como uma corrente da bioética mundial, a ser levada em consideração por estar ao mesmo tempo, adotada às contingências latino americanas e atenta à moralidade dos problemas globais”*.<sup>63p.12</sup>

A bioética de proteção tomou consciência das medidas necessárias de proteção para indivíduos e populações desprovidas de garantias que lhes assegurem as condições mínimas indispensáveis para desenvolver sua vida de forma digna.<sup>43</sup> Desta forma se toma como foco os cidadãos em condições de iniquidade entendendo que esta é a realidade regional, e incluindo na agenda da bioética a necessidade de revisar as situações que são prioridade no hábito sanitário e social.

Compreendemos que os recursos em saúde são escassos, que em muitos países os mesmos são proporcionados através do estado, pelo qual se faz necessário priorizar como os mesmos serão distribuídos. No âmbito da gestão, isto representa um reto e destinado, fazendo-se então necessária a busca de ferramentas que guiem a tomada de decisões no âmbito coletivo.

Segundo Carvalho Fortes, se estabelece que a decisão ética é aquela que gera o bem-estar para os beneficiários com as diferentes políticas de saúde, assim como também sabemos que existem dificuldades para definir o bem-estar. O autor propõe a necessidade de priorizar os recursos em função das características sociais e não biológicas para estabelecer uma linha de prioridade, assim como a abertura dos espaços de discussão na sociedade como um todo, estendendo ao espaço democrático as definições para priorizar os recursos em saúde.<sup>56-</sup>

Assim, o estudante de medicina deve fazer parte da discussão e da reflexão sobre a distribuição dos recursos em saúde, em primeira instância no espaço acadêmico disponibilizado pela universidade. Este campo de estudo da bioética deve fazer parte da reflexão do estudante, da nossa perspectiva. A abordagem longitudinal dos conflitos que fazem referência à saúde pública pode gerar contribuições para contextualizar os médicos na realidade sanitária na qual se encontram, tendo contato com as situações futuras do exercício de sua profissão, fortalecendo seu desempenho e fazendo parte do coletivo médico, que pretende dar um uso racional aos recursos com os quais conta o sistema.

Sendo difícil visualizar soluções para a distribuição dos recursos escassos, concluímos que esta tarefa pode ser mais efetiva se o estudante mantiver contato com a discussão e reflexão sobre o uso dos recursos ao longo de sua carreira. É desejável que o mesmo faça parte da discussão no seio da universidade, bem como a participe em âmbitos coletivos não exclusivamente universitários. Cumprindo assim com seu papel de cidadão e com as finalidades e objetivos pretendidos pela Universidade de República.

#### **e) Bioética e preservação ambiental:**

Em meados do século XX o meio ambiente passa a ser parte forte da discussão internacional, motivado pelas declarações da comunidade científica sobre os fenômenos climáticos, e a responsabilidade dos seres humanos no referido processo, e os modos de exploração da terra em função do modelo econômico e de desenvolvimento atual. Tealdi afirma após o encontro de Paris 2007 do Grupo Intergovernamental de Experts sobre Mudança Climática, como a bioética se une a este debate: *“Ali ficava claro que caso não houvesse mudanças no comportamento do homem com a natureza, a catástrofe era não só eminente como irreversível. A bioética ficou encarregada assim de participar do debate sobre essas mudanças de comportamento”*.<sup>64p.463</sup>

É gerada então uma crise moral e ética que ocorre no contexto da pós- modernidade, o uso da tecnologia seu crescimento e amplificação, a industrialização necessária para levar isto adiante, somando à exploração de recursos naturais para fazer parte do mercado internacional de

matérias primas, as condições nas quais o ambiente fica posterior às intervenções de exploração ou produção, são alguns dos temas nos quais a bioética, contribui com ferramentas para o debate. A estes pontos se acrescenta o complexo entrançado de relações de poder, com grandes investimentos econômicos, que podem motivar ou motivam conflitos de interesse resultado da globalização e da mundialização de mercados e recursos.<sup>65</sup>

A bioética se detém num ponto fundamental que é a análise dos beneficiados com o modelo de desenvolvimento ocidental e quem são os que estão em risco. É assim que olhando da perspectiva dos países periféricos, tornam-se inegáveis as repercussões do modelo de desenvolvimento atual sobre os cidadãos mais vulneráveis, que muitas vezes vivem na periferia de grandes cidades, onde se encontram as grandes fábricas e próximo aos grandes lixões da cidade. É assim que a industrialização e a urbanização caminham de mãos dadas, associadas à forma hegemônica de desenvolvimento, tornando-se necessário repensar a forma que os humanos ocupam, usam e exploram a terra.

A escolha do território não é um acontecimento ao acaso, a ocupação do mesmo por populações tem relação direta com a capacidade financeira, assim os grupos sociais economicamente menos privilegiados ocupam os territórios mais vulneráveis do ponto de vista ambiental, o que traz consigo maior exposição a riscos ambientais e, portanto risco para a saúde de quem habita neles.<sup>66</sup>

Não só se destacam os conflitos éticos e morais em torno da injusta distribuição dos riscos ambientais, mas também que as condições ambientais marcam um fator de risco já conhecido, como determinante da saúde da população, podendo estes apresentar patologias associadas a determinantes biológicos, químicos e físicos dependendo do ambiente que se encontram. Neste contexto a vulnerabilidade econômica e social se vê aumentada por meio da injustiça ambiental determinando a vulnerabilidade sanitária agregada.

De acordo com Cartier *et al*, a injustiça ambiental é definida pela Rede Brasileira de Justiça ambiental como: *“o mecanismo pelo qual sociedades desiguais, do ponto de vista econômico e social, destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações de baixa renda, aos grupos sociais discriminados, aos povos étnicos tradicionais, aos bairros operários, às populações marginalizadas e vulneráveis”*.<sup>66p.2696</sup> Deste modo a bioética se introduz na discussão, assim como faz a medicina não somente para estudo do ponto de vista técnico, mas também pela necessidade de formação dos recursos humanos que se encontram à altura das novas situações geradas, já que as mesmas têm implicações diretas no processo saúde- doença.

A maneira que a humanidade vem explorando a terra nos últimos 50 anos, é excessiva para a história da humanidade, a forma na qual o processo se dá não é equitativa de controle por parte do estado. É o caso da autorização para funcionamento ou exploração nos países de terceiro mundo, desde que os mesmos não sejam parâmetros para o funcionamento nos países desenvolvidos. Assim as formas e modos de desenvolvimento, na base de conflitos socioambientais se relacionam com a produção de “*commodities*” dos países periféricos em direção aos países centrais. Neste processo é gerada uma dependência no preço de produtos através da especulação internacional, destacando a vulnerabilidade dos países periféricos na produção de matérias primas compradas pelos países centrais, expondo os recursos naturais e o meio ambiente a uma ideia de desenvolvimento que não pode ser sustentada com o tempo.<sup>67</sup>

Nesta base de controle por parte do estado e a construção das políticas públicas no que diz respeito ao ambiente, o controle estatal de exploração da terra, assim como a avaliação dos próprios modos de exploração por parte do estado, os que merecem a discussão e o intercâmbio coletivo com a representação de todos os atores, com o conseqüente espaço democrático de diálogo, e tentando diminuir os conflitos de interesse em torno do tema.

Como ferramenta a bioética propõe o princípio de precaução o qual se refere ao cuidado que a humanidade deve ter sobre ações ou produtos os quais não conhecemos as conseqüências até o momento, corretamente demonstradas pela ciência. O mesmo se define como “*aquele que afirma que quando uma atividade ou produto representa uma potencial ameaça para o meio ambiente ou a saúde pública, deve-se tomar as medidas pertinentes, mesmo quando a relação causa-efeito não tenha se demonstrado cientificamente de forma conclusiva*”.<sup>68p.346</sup>

Então desta maneira o princípio de precaução faz um chamado à cautela diante de situações de incerteza, o que não quer dizer que os fatos amparados pelo princípio de precaução devem ser proibidos.<sup>68</sup> Ao invés, chama a aprofundar o conhecimento através da investigação das incertezas que rodeiam os temas que envolvem saúde pública e o ambiente. Assumimos que o ambiente é o espaço no qual se encontram os indivíduos, e que ele mesmo é determinante no processo saúde-doença.<sup>69</sup>

Os conflitos socioambientais não são de única causa, visto que os mesmos se encontram atravessados por múltiplas variáveis que são quem determina os resultados atuais. Em primeiro lugar podemos chamar a atenção sobre a ideia de “desenvolvimento sustentável”, a mesma entendida como o modo de desenvolvimento que não compromete as condições para futuras gerações. Este conceito foi associado ao desenvolvimento em termos econômicos clássicos, que medem o progresso através do PIB, não se centralizando no desenvolvimento humano, social, a qualidade de vida com o que o mesmo conceito teria outra representação si fosse interpretado de

forma diferente.<sup>70</sup>

Por outro lado, se propõe a ideia da economia ecológica, através de Georgescu-Roegen que foi “*crítico do regime energético da atual sociedade industrial e de mercado, baseado no uso intensivo de combustíveis fósseis não renováveis que aceleram processos entrópicos globais no planeta*”.<sup>67p.1985</sup> Desta perspectiva se realiza uma crítica que leva em consideração não só a exploração, mas também o uso de determinados materiais e técnicas que causam dano diretamente ao ambiente com o fim de gerar benefícios econômicos em grande escala.

Por outro lado, o conceito de justiça ambiental coloca as diferenças que se geram entre diferentes regiões do mundo marcando uma iniquidade na divisão das consequências negativas para um grupo da população mundial. Desta forma chamam a atenção para a deterioração ambiental que se produz nos países em desenvolvimento, compreendendo que os mesmos se tornam responsáveis pela externalização dos danos ambientais dos países desenvolvidos.<sup>70</sup>

A discussão na área da bioética e ambiente não está encerrada, sendo a mesma uma linha a ser desenvolvida e construída por parte dos países latino-americanos como produtores de matérias primas e alimentos para os mercados internacionais, destacando o uso de tecnologia na exploração da terra e os modos de produção agrícola. Impõe-se reconhecer o contexto no qual estes fenômenos ocorrem, os custos e benefícios não só em função de recursos econômicos, mas também na repercussão na qualidade de vida da população, assim como assegurar o controle social mediante as políticas públicas ambientais que surgirem da discussão coletiva e o bom uso da informação por parte dos cidadãos.

A proteção ambiental, assim como o uso e o respeito pelo ambiente, não são acontecimentos alheios aos estudantes universitários em relação à sua tarefa como médicos, o ambiente onde vivem e adoecem seus pacientes, assim como as diferentes condições biológicas, físicas e químicas impostas a uma parte da população. Na base de um sistema sanitário que prioriza a atenção primária na saúde, a qual pretende se desenvolver onde as pessoas vivem, entendemos medular a introdução deste tipo de discussão coletiva na estrutura curricular para a formação de médicos.

A importância desta discussão a nível global traz como resultado o debate e acordos da comunidade internacional com a finalidade de unir os esforços para diminuir os conjuntos de desigualdades diante dos riscos ambientais. Podemos ter como base para a discussão global Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>71</sup> e a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável Rio + 20<sup>72</sup>. Apesar de que ambas as declarações mantêm diferenças, podemos afirmar que as mesmas procuram juntar os esforços e acordos para que os estados fortaleçam as formas de desenvolvimento econômico que acompanham a proteção do meio ambiente e das populações que ali residem.

Apesar de ser necessário inserir na universidade a discussão sobre a injustiça ambiental e a distribuição dos riscos ambientais em referência à saúde da população, entendemos que o mesmo faz parte da discussão da qual os médicos, assim como outros profissionais, devem integrar como cidadãos, contribuindo para a discussão democrática para a possível resolução destes conflitos.

#### **f) Regulamentação de novas tecnologias:**

A incorporação de tecnologias em saúde se transformou na atualidade em um assunto de interesse já que o mesmo envolve uma porcentagem importante do gasto em saúde. Esta situação engloba os prestadores tanto públicos quanto privados, já que o mesmo é um determinante no aumento do gasto nos sistemas sanitários de todo o mundo.<sup>73</sup> Assim, não só existe a discussão a nível de recursos e gastos em saúde, mas também se acrescenta à discussão o acesso aos usos e benefícios da tecnologia e a valorização sobre a relação custo benefício associada às mesmas.

Por outro lado, os avanços no território das biotecnologias trazem consigo situações que a sociedade em seu conjunto não teve a possibilidade de discutir e construir acordos morais em torno do que considera correto. A pluralidade das sociedades seculares, assim como o processo de globalização traz diferentes desacordos sobre a moralidade de novas práticas no âmbito das biotecnologias, as quais possam relacionar em torno da vida, da morte, assim como o uso de técnicas que em primeira instância oferecem um novo modo de bem-estar o qual promete melhorar a vida humana.

Baseado nisso se sustenta a análise da avaliação e regulamentação de tecnologias, que se relaciona ao desenvolvimento de um bloco tecnológico, que se sustenta na ideia de mercado oferecendo a venda de novas possibilidades a um custo alto. A maioria dos países da América Latina não vem desenvolvendo seus próprios polos tecnológicos com investigação original e produção de tecnologia, dado que eles habitualmente recorrem à compra dos produtos de países industrializados. Segundo Pyrrho e Schramm em referência às nanotecnologias entendemos que “os resultados socioeconômicos, positivos ou negativos, dependem de quais materiais nano estruturados serão produzidos e para qual finalidade; como e onde serão manufaturados; quais fatores serão preponderantes para essas determinações; quais são as instâncias decisórias e reguladoras e sua efetividade”.<sup>74p.2028</sup>

Desta forma os sistemas sanitários através do estado se vêm na obrigação de avaliar o ingresso de tecnologias, devido à necessidade, a evidência científica sobre determinada tecnologia, assim como resolver como solucionar a demanda. Esta demanda em muitos casos surge da propaganda com o fim de vender um determinado serviço, técnica ou novo desenvolvimento, em

muitos casos as investigações científicas não são conclusivas em relação ao custo-efetividade, no entanto o estado deve dar respostas à cidadania baseado na melhor evidência disponível.

Esta demanda chega num primeiro momento aos centros de alta complexidade, já que o primeiro nível de atenção não se caracteriza para o uso de nanotecnologias, diagnósticos genéticos, ou técnicas de imagens modernas, pelo que *“Os hospitais são os grandes utilizadores de tecnologias no sistema de saúde, pois os gestores hospitalares necessitam de informações coerentes sobre benefícios, riscos e custos das tecnologias e seu impacto”*.<sup>75p.381</sup>

Para Berguel, os avanços na área da biologia molecular e a genética tornam necessária a busca de consensos interdisciplinares, com o objetivo de evitar que o desenvolvimento científico possa terminar sendo uma carga ou um problema para a humanidade.<sup>76</sup> Para o autor as declarações acordadas no âmbito interdisciplinas e internacional constituem a base para a análise de novas situações que se encontram relacionadas à biomedicina e disciplinas relacionadas, conseguindo que as mesmas sejam o acordo consensual da comunidade internacional em referência à proteção do indivíduo humano.

O manejo que a sociedade atual da às biotecnologias não pretende ser censurado nem proibido, em lugar disto pretende chamar à reflexão de como estas ações acontecem integradas à base reflexiva da bioética, para pensar nas possíveis consequências as ações que ainda não conhecemos. Nas palavras de Pfeiffer fazendo referência às especulações com as quais contamos sobre a resolução genética e molecular de múltiplas patologias a mesma afirma que: *“Não negamos o sonho, somente pedimos, às vezes, um pouco de prudência para realizá-lo sobre o temor de que o velho ditado acabe se tornando real: ‘há ambições que matam’*.”<sup>77p.76</sup>

Desta forma a relação entre a bioética e os direitos humanos tem sido incorporada pelos principais pensadores latinoamericanos na área da bioética, sendo a base de referência para os conflitos relacionados às bio-tecno-ciências.

Os direitos humanos entram no campo da bioética, não somente fazendo referência às biotecnologias, que em muitos casos não são utilizadas pelos povos da região sul, mas sim amplifica o olhar integrando a ação estatal em matéria de saúde pública. Este olhar coletivo é o olhar próprio dos pensadores do sul, em função de que os direitos humanos no sentido estrito não estão assegurados para uma parte importante da população, e os mesmos são muitas vezes parcialmente garantidos pelo estado, tentando cumprir com a responsabilidade que lhe cabe.

Desta maneira propõe-se uma discussão sobre qual deve ser o papel do estado, em situações nas quais uma porção majoritária da sociedade não pode ter acesso à atenção básica, e outra em um número muito menor formula a demanda do uso de grandes tecnologias, habitualmente situados nas grandes cidades dos países da região. No entanto entendemos que as decisões neste âmbito

adquirem um nível de dificuldade para o próprio pessoal da saúde, incluindo médicos e gestores, se faz necessário buscar um princípio norteador na tomada de decisões nesta área.

O princípio da precaução, como já foi definido em outra sessão deste trabalho, como um guia diante da tomada de decisões neste âmbito, já que no primeiro momento não conhecemos as prováveis consequências de seu uso e que em muitas oportunidades as mesmas trazem consigo interesse de ordem econômica que não buscam em última instância gerar benefícios para a saúde. Justamente no princípio de precauções se faz necessária à construção de outros elementos de natureza técnica para que juntos possam orientar a melhor decisão que proteja e beneficie a população.

É assim que a padronização dos métodos de avaliação valoriza a prevalência epidemiológica, o desenvolvimento de investigações científicas que ofereçam resultados independentes, junto ao desenvolvimento institucional e a cooperação internacional, pode apoiar uma análise que integra a tomada de decisões quando se valoriza a introdução de novas tecnologias em saúde, e limitar os conflitos de interesse em torno dos benefícios econômicos particulares.<sup>70</sup>

Estes temas que fazem parte da nova agenda no âmbito de saúde deve fazer parte da oferta curricular para os futuros médicos, já que estes temas se colocam habitualmente na opinião pública envolvendo recursos, necessidades em saúde, e conflitos de interesse. A discussão de casos cotidianos, assim como a reflexão produto dos mesmos propiciará ao estudante de medicina ferramentas a futuros cenários que sem dúvida manterão de forma mais intensa a relação com as áreas das biotecnologias.

Reconhecemos que existem diversos desencontros teóricos sobre o início e o alcance da bioética, a pesar de ser possível sistematizar áreas de conhecimento com as quais se relaciona a disciplina. Sua origem dual, e seu recente começo fazem com que vários discursos procurem ser legitimados na luta por uma construção do paradigma que a define. É assim que a busca de encontros teóricos que serão os que terão expressão na concepção política, social e cultural, consideramos que os modelos propostos pela bioética latino-americana são os que melhor se aplicam para a realidade regional. Isto não apenas por compartilhar morais similares, mas também porque o contexto sócio-sanitário e econômico dos países do sul é similar em função de sua história como países colonizados pela Europa, bem como sua categoria de “*países em desenvolvimento*”.

É considerado resultado destas duas variáveis os modelos teóricos da América Latina como mais próximos à realidade cotidiana, compartilhando um conjunto de situações similares, tais como a distribuição de recursos escassos, a presença de macro problemas em saúde determinado pelas condições sociais na base da pobreza e de não poder garantir as condições mínimas para o desenvolvimento da vida digna de uma parte da população, a qual vive em uma decrescente nos

últimos anos, porém ainda existe.

Se associarmos a estas premissas a concepção de que a saúde se encontra determinada não só pela enfermidade do indivíduo, entendendo que a mesma tem relação com o ambiente, os hábitos, o sistema sanitário do lugar e sua própria determinação genética, é que entendemos que os modelos teóricos que a bioética deseja apresentar devem contemplar o contexto no qual as populações se desenvolvem se é que a mesma pretende oferecer ferramentas para a análise de conflitos reais, ou seja, onde os mesmos acontecem.

Assim os modelos teóricos como os propostos por Beucham e Childress com uma conotada validade mundial, abraçam os problemas da bioética clínica efetivamente no âmbito do segundo e terceiro nível de atenção, somado no contexto o complexo uso de novas tecnologias. Ainda que entendamos e reconhecamos sua validade para estas situações, cerca de 80% dos problemas de saúde se concentram no primeiro nível de atenção, dado que o exercício da clínica em sua maioria ocorre ali. Ao mesmo tempo destacamos que países como Uruguai e Brasil têm uma forte orientação de seus sistemas sanitários orientados ao primeiro nível de atenção, mesmo que este referencial teórico fique sucinto para englobar a multi-causalidade dos problemas de saúde em alguns países da região.

Os países periféricos contam com outro conjunto de problemas de índole moral, que de certa forma não chega a ser contemplado pelas teorias dos países centrais dentro dos quais se encontram Europa e Estados Unidos. Isto se deve principalmente, pois as condições mínimas para o desenvolvimento da vida, não estão asseguradas como ocorre com a água potável, a educação, as necessidades básicas, entre outros. Por estes motivos que a implementação, por exemplo, de um consentimento informado em um alfabeto funcional, contrai outro tipo de conflitos morais que não apoiam quando o índice de analfabetismo não é próximo a 0%.

Os conceitos como os de “autonomia” são discutíveis, já que os cidadãos desta região não contam com as mesmas possibilidades para discernir entre o dano e o benefício, já que muitas vezes, não sabem ler. É assim que nasce como uma obrigação o repensar a bioética aplicada na realidade da região, e a mesma acaba tomando outras conotações devido à realidade na que se sustenta, nascendo assim correntes como a bioética de proteção ou intervenção que dão uma resposta mais acertada à realidade regional.

Apesar de podermos ressaltar a atuação da bioética em diferentes campos, como por exemplo, a bioética na tomada de decisões clínicas, a bioética e a saúde pública, se faz necessário fortalecer o insumo teórico de uma bioética clínica sustentada no primeiro nível de atenção, que é atualmente o ponto norteador das iniciativas em saúde coletiva e as consequentes reformas sanitárias instauradas pelo Estado Uruguaio, assim como as instauradas pelo Estado Brasileiro. Isto

permitiria a união entre a bioética social e a bioética clínica no primeiro nível de atenção, destacando os problemas e conflitos que ocorrem onde está a maioria dos problemas de saúde.

Mesmo que esta união não se encontre liquidada, a mesma é reconhecida através da necessidade de apresentar modelos teóricos orientados à ação, em planos de estudo para futuros médicos que precisem de ferramentas para lidar com situações no âmbito em que desenvolve sua prática. Por estes motivos consideramos que a educação em bioética através de campos de ação podem fortalecer a formação dos médicos do Uruguai, bem como nos países que apresentam contextos similares. Por sua vez esta proposta busca nutrir-se com a fundamentação teórica proposta pela América Latina, encerrando assim uma engrenagem que aproxime os estudantes das futuras situações que enfrentará durante sua prática, gerando uma melhora na qualidade de atenção à saúde mediante adequação de um médico preparado para as necessidades do seu país.

## **Proposta para a formação em bioética do curso médico na Universidade da República.**

### **3.1 Referencial teórico para construção do curso.**

É desejável que a educação médica esteja orientada a satisfazer as necessidades da saúde da população, o que torna necessário com que a educação aconteça em consonância com o modelo assistencial proposto e definido no marco da política sanitária. No caso do Uruguai a política sanitária pretende conseguir em primeira instância o acesso aos serviços de saúde, para garantir a assistência universal, a que define sob certas características, como as mesmas são de alta qualidade, igualdade em seu financiamento, humana e centrada no primeiro nível de atenção como cenário principal da atuação dos recursos humanos em saúde. Portanto não só são necessários os saberes biológicos-clínicos-orgânicos que fazem referência ao processo saúde-enfermidade, mas também devem cumprir com um processo humanizado de atenção no qual compartilham a responsabilidade a Faculdade de Medicina e a gestão central do sistema sanitário exercida pelo estado. Isto corresponde por sua vez com o modelo proposto pelo Novo Plano de Estudos da Faculdade de Medicina da Universidade da República e pelo perfil do egresso que a mesma se propõe através de um processo paralelo às modificações na política sanitária.

Com o objetivo de valorizar o contexto no qual a educação médica se encontra, é necessário reconhecer que no mundo inteiro trabalha-se na busca de modelos apropriados de educação médica que possam satisfazer as necessidades assistenciais dos serviços sanitários, em função da demanda assistencial exercida pelos usuários, em outras palavras as necessidades “sentidas” na saúde da população de um determinado território. Destaca-se como principal problema a separação que foi construída na concepção médica entre sujeito e objeto de estudo, a qual carrega uma intensa desconformidade por parte dos pacientes, já que no campo da atenção em saúde é imposto como necessidade integrar saberes que se encontrem além do clínico.

Alguns autores sustentam que as raízes deste fato, podem referir-se a 1910 com a introdução das reformas educativas das faculdades de medicina dos Estados Unidos posterior ao Relatório Flexner, onde se favorece e legitima a construção de planos de estudos médicos estritamente cientificistas, não incluindo disciplinas humanas, o que resultou na fragmentação do sujeito, em teoria e prática.<sup>78</sup>

Apesar de entendermos que o modelo proposto por Flexner trouxe grandes progressos no campo científico-acadêmico da medicina e que o mesmo foi amplamente estendido no mundo anglo-saxão, e posteriormente estendido às faculdades de medicina do mundo inteiro, o mesmo não é o único modelo proposto como estratégia para o desenvolvimento da educação médica. É assim que na segunda metade do século XX se propõe outras metodologias para superar o modelo

fragmentado de educação médica centrado na enfermidade e a sub-especialização dos recursos humanos em saúde. Em seu lugar busca-se integrar a concepção do processo saúde-enfermidade, o sujeito ao seu redor, junto às estratégias para amplificar o conhecimento, já que a fragmentação de saberes direcionados à especialização reduz as oportunidades da integração de saberes formais diferentes. Desta forma se inicia a implantar o ensino baseado em problemas, o qual se implanta na década de setenta em McMaster no Canadá, posteriormente em Maastich na Holanda, Harvard e Cornell nos Estados Unidos, Sherbrook no Canadá, introduzida no Brasil nos anos noventa<sup>79</sup>, e no Uruguai a partir do ano de 2009.

Na atualidade a prática médica encontra-se no epicentro de uma estrutura de críticas e propostas que fazem relação às potencialidades do saber médico e seus benefícios, em detrimento daquelas ações médicas que em diversas situações se vêm atravessadas por fatos não biológicos. Este último fato, pode ser explicado como afirma Rios, ao colocar o ser humano como objeto de estudo em sua totalidade dentro do campo de atenção à saúde: *“Quando se colocou o ser humano na totalidade de sua existência, como centro das atenções no campo da saúde, percebeu-se que tais rupturas deixaram grandes lacunas no saber médico e insuficiência em lidar com os aspectos subjetivos referentes à saúde e ao seu cuidado”*.<sup>80p.1726</sup>

Na busca de uma solução entre o perfil de profissionais da saúde e o sistema sanitário no qual se encontram, assim como as necessidades da população, alguns autores propõem que o que deve existir de fato é a integração real de disciplinas nos planos de estudos médicos. Em outras palavras, para integrar na prática o saber científico com o saber humano necessário para a abordagem integral dos pacientes, se impõe o fato de proporcionar um conhecimento ao estudante que lhe permita dedicar-se sobre o contexto dos fatos que determinam a atenção à saúde. Este modelo coloca como estratégia fundamental a integração das disciplinas humanas, porém destaca que o lugar das disciplinas humanas e sua representação nos planos de estudo se vê subordinado aos conteúdos que fazem referência à biociência.<sup>81</sup>

Em termos gerais todas as faculdades de medicina consideram como fundamental a introdução das humanidades para a formação de recursos humanos médicos de qualidade, já que se está de acordo sobre o impacto positivo que isto gera na qualidade da atenção médica:

*“É indispensável à contribuição das Ciências Sociais e Humanísticas ao desenvolvimento de competências que devem adquirir os estudantes no exercício da profissão médica, propiciar além das competências individuais e também institucionais, a criação de redes de conhecimento que permitam mobilizar as instituições através da investigação, do suporte de competências para potencializar este conhecimento”*.<sup>82p.38</sup>

Shapito et al<sup>83</sup> afirmam que as humanidades médicas e sua execução nos planos de estudo representam um desafio de implantação e de aceitação por parte dos estudantes e as diferentes áreas de conhecimento das faculdades de medicina. Segundo os autores, os estudantes avaliam as disciplinas humanas como de pouca relevância, pouca utilidade para a aplicação na clínica, que as disciplinas humanas utilizam referências bibliográficas simples, de “*sentido comum*”. Na opinião dos estudantes as disciplinas humanas são mais “*relaxantes*” que disciplinas do tipo da fisiopatologia, porém não tendenciado para a relevância nos aspectos formativos e teóricos, tampouco no que faz relação à prática.

Para os autores, as ciências humanas têm como obrigação o estudo da condição humana junto às disciplinas que fazem referência à biomedicina e à clínica, a mesma fortalece o profissional melhorando sua práxis através da compreensão da “*condição humana*”. A medicina está imersa entre a “*condição humana*” pelo que as ciências humanas no deveriam ser um aditivo aos planos de estudo, e sim devem ser parte de suas narrativas, ou deve aceitar-se deficiente. A narrativa segundo Caronte, citado pelos autores, faz referência a “*A capacidade de conhecer, assimilar, interpretar e atuar sobre as histórias e as necessidades urgentes dos demais*”.<sup>83p.195</sup>

Por outro lado, também se propõe que a aprendizagem em referência a tomada de decisões relacionadas à ética clínica faz referência ao reconhecimento do paciente como agente moral, ou seja, como uma pessoa capaz de realizar julgamentos de valor caso a situação lhe permita. Afirma-se que os estudantes devem poder aproximar seus conhecimentos de bioética às situações concretas da clínica, valorizando que o paciente é um agente moral e ter a capacidade para vincular-se com o mesmo, tendo em vista sua opinião, porém, sobretudo destacando que se não se conhece a situação pessoal e familiar de um paciente em questão, não se valoriza sua autonomia, já que não conhecemos nada sobre ele.<sup>84</sup>

A necessidade de solucionar esta dificuldade na educação médica trouxe como resultado a investigação da opinião dos receptores das disciplinas, dando como resultado numa investigação brasileira<sup>80</sup> e outra canadense<sup>85</sup> que a percepção de estudantes e médicos residentes respectivamente, considera insuficiente os esforços das disciplinas humanas, já que as mesmas não dão resposta ou caminhos de ação para solucionar problemas cotidianos no exercício médico.

Segundo McKeneally e Singer definem as tarefas relacionadas ao exercício da medicina se vêm atravessadas por diversas situações que ultrapassam o saber clínico, e que colocam o profissional da saúde no lugar de tomar decisões que escapam o saber estritamente biológico “*neutral*”. Em algumas oportunidades o saber outorgado pelas instituições de formação médica não é suficiente para a resolução deste tipo de situações, interpretando que a mesma não lhe proporciona ferramentas para tomar uma decisão de acordo às circunstâncias no processo de tomada de decisão.

Este tipo de situações é parte da prática de todo profissional clínico, no entanto foram definidos caminhos metodológicos aproximados para conseguir guiar este processo, como é o consentimento, a confidencialidade, os conflitos de interesse, a tomada de decisões quando o paciente não pode decidir os conflitos em torno do início e o fim da vida, a distribuição dos recursos e como tudo isto impacta na disponibilidade de serviços, e a prática da investigação em sujeitos humanos.<sup>85</sup>

Tendo em vista a opinião dos estudantes e as necessidades de formação integral dos médicos é que se trabalha na construção de estratégias que permitam integrar o saber científico, clínico e humano, entendendo que isto é imprescindível para a formação de recursos humanos de qualidade. Desta forma tendo em vista as investigações realizadas propuseram diferentes metodologias e estratégias para afrontar este desafio realizando uma fusão entre o saber teórico sobre as ciências humanas e os objetivos latitudinais que se traçam nos planos de estudo em referência ao perfil do egresso.

Segundo uma investigação realizada sobre o ensino da ética na Europa, a distribuição das horas de formação em bioética dentro dos planos de estudo não é homogênea, existindo atualmente algumas faculdades de medicina que não incluem no currículo médico o ensino da ética ou bioética. Os autores afirmam que a Associação Médica Mundial, recomenda desde o ano de 1999 que o ensino da bioética e os direitos humanos devem ser cursos obrigatórios no ensino dos médicos, afirmando que isto não tem sido cumprido em todas as universidades da união europeia, e que dentro das que o implantaram apresentam diferenciais nas horas dedicadas dentro do currículo médico, com uma média de 44 horas.<sup>86</sup> Por outro lado encontramos a proposta do Core Curriculum da UNESCO, a qual apresenta uma proposta da bioética e Direitos Humanos, com um número de 30 horas dedicadas ao estudo da bioética nos programas de estudo de medicina.<sup>87</sup> Este último se pode interpretar como um número de horas prováveis de executar de acordo com as capacidades em matéria de recursos humanos e o número de estudantes por geração, proporcionando a carga horária de referência para os cursos em bioética.

Sobre a carga horária dedicada às disciplinas é importante destacar como serão as mesmas distribuídas ao longo da carreira universitária, podendo ser intervenções pontuais que desenvolvem como módulos ou transversais ao longo de toda a carreira, integrados ao resto do currículo médico. Em referência às humanidades médicos dentro delas a bioética, se propõe uma abordagem transversal, já que permitirá ao estudante integrar estes conhecimentos no cotidiano com o resto das disciplinas no plano acadêmico, sendo no futuro parte integral da prática.<sup>86</sup>

No que se refere às metodologias, e na tentativa de superar o modelo de aprendizagem fragmentado da medicina, se propõem metodologias ativas de aprendizagem, as mesmas vão à

consonância com o projeto político pedagógico da Faculdade de Medicina. Como parte do novo plano de estudos a estratégia eleita é a aprendizagem baseada em problemas, portanto desenvolveremos esta proposta integrando o conhecimento mediante um processo crítico, criativo e que favoreça a reflexão tendo em vista o definido pela instituição e o que entendemos pode favorecer a aprendizagem da bioética. Desta forma as metodologias eleitas devem ter relação com o momento que os estudantes estão atravessando ou vivenciando dentro da base geral do currículo.<sup>88</sup> Seguindo as autoras, buscaremos metodologias que favoreçam determinadas operações do pensamento que consideramos propícias para o desenvolvimento da bioética em aula, como ocorre, por exemplo, com a crítica, a tomada de decisões, a obtenção e organização dos dados, a interpretação, a formulação de hipótese e a análise.

Na busca por desenvolver estas operações de pensamento, estratégias como a solução de problemas, os estudantes buscam enfrentar situações novas, exigindo o pensamento reflexivo e a crítica. O mesmo busca apresentar um determinado problema e incentivar a busca de possíveis soluções tendo como parte de sua dinâmica, a apresentação do problema, a busca de soluções, construir hipóteses, e a partir da identificação dos mesmos a busca de prováveis referenciais teóricos que possam identificar-se com situações similares.<sup>88</sup>

Compartilhando operações de pensamento similares que envolvem objetivos cognitivos e de utilidade para a utilização em grupos com um elevado número de estudantes, as estratégias Phillips 66 e grupo de verbalização e de observação (GV/GO) podem ser de utilidade na busca da análise, a interpretação e a crítica, propondo o trabalho grupal mediante a divisão em pequenos grupos, permitindo conseguir estas operações de pensamento baseado em materiais teóricos, gerando uma integração teórica prática e de trabalho coletivo.

As estratégias de (GV/GO) consistem na divisão num grupo de verbalização que realiza a apresentação e análise de um artigo, o texto escolhido para a aula, posteriormente o grupo observador realiza as críticas e complementa a informação do grupo de verbalização. Com uma dinâmica similar o Phillips 66, se realiza mediante a divisão em grupos de seis pessoas, tendo seis minutos para discussão e seis minutos para socialização. Ambas as estratégias podem ser utilizadas em grupos numerosos, permitindo o diálogo entre os estudantes, fortalecendo a sistematização de conceitos e organizando os dados. Ambas as estratégias oferecem a possibilidade de avaliar aspectos latitudinais, assim como o desempenho do estudante no trabalho em grupo.<sup>88</sup>

A dramatização pode oferecer a possibilidade do que o estudante se incorpore em outra função diferente ao do médico, permitindo-lhe ocupar o lugar de outro profissional da saúde, assim como colocar-se no lugar dos pacientes, ou a comunidade sobre a qual habitualmente trabalha, aproxima a um caso que se centraliza na estrutura das relações humanas. Esta estratégia favorece a

busca de suposições e desenvolve a imaginação, desenvolvendo a empatia.

Por outro lado, tentando aproximar o estudando à tomada de decisões, e inclusive ao lugar que ocupariam em caso de participar de um comitê de ética, pode-se adaptar a estratégia de Juri simulado, a qual lhes coloca um problema, obrigando a tomar uma decisão, o que favorece a tomada de decisões e a busca de consensos no grupo. Vale destacar que na tomada de decisões, os estudantes deverão utilizar a argumentação para defender uma ideia a qual consideram correta, o que ajuda a incorporar uma tomada de decisões pensada e argumentada com o resto de seus companheiros.

Apesar de existirem múltiplas estratégias para favorecer determinadas operações de pensamento, a explicação de algumas delas, busca superar a aula expositiva de conceitos na área da bioética, entendendo como factíveis modelos modernos de ensino-aprendizagem. Entendemos que de acordo com o tema a ser trabalhado outras estratégias podem ser integradas, não se fechando para um único modelo pedagógico para o desenvolvimento da bioética mediante metodologias de aprendizagem, mas sim que busca complementar-se e nutrir-se dos diferentes modelos disponíveis de acordo com os objetivos propostos para cada aula.

Os diferentes modelos pedagógicos, por sua vez, podem se fortalecer com diferentes ferramentas como ocorre com o uso de recursos audiovisuais e literários. Alguns autores utilizam a ideia da prática ética relacionada a uma medicina estética, criando uma atividade narrativa, sua obrigação é a de “sensibilizar” através do olhar do outro, que neste caso pode fazer relação aos discursos esboçados por pacientes, assim como gerar empatia com outros sujeitos com os que se relaciona, companheiros de trabalho, familiares de seus pacientes, etc.<sup>89</sup>

Em referência ao que os autores entendem como uma fortaleza na integração da narrativa por meio das humanidades, dentro das que se encontra incluída a bioética, os mesmos a definem da seguinte forma:

*“Em resumo, a humanidade médica (humanidades médicas), poderia ser pensada como a combinação da sensibilidade (no sentido do corpo e imagens médicas, como um texto) e a sensibilidade (a empatia e consciência ética expressada como inteligência narrativa). Juntas, estes dois conceitos formulam a “arte” prática, caracterizando-se por uma alta tolerância a ambiguidade. A Sensibilidade (medicina estética) procede à sensibilidade (a ética médica), onde a obtenção de provas é a base para o juízo clínico e ético e a apreciação procede à explicação”.*<sup>89p.199</sup>

Por outro lado, se propõe qual é a perspectiva com a qual se inclui a bioética na formação, no que se refere a quais são os referenciais teóricos utilizados, com os que se pretende construir o

processo ensino-aprendizagem, e que em última instância depende da formação dos recursos humanos e o desenho dos conteúdos curriculares, assim como a informação que será dada aos estudantes, para o cumprimento dos objetivos propostos. Tomando como modelo de referência o Brasil, que leva aproximadamente 20 anos integrando a disciplina na graduação e oferta de formação na pós-graduação, é evidenciado que aproximadamente 86% dos recursos humanos que administradas aulas de bioética, não têm formação de especialização, mestrado, nem doutorado em bioética<sup>90</sup>

Mesmo que alguns autores afirmem<sup>86</sup>, não é a finalidade da bioética direcionar à ultra especialização na área, entendendo que a mesma não pretende ser uma área de conhecimento restrita a espertos, entendemos que a formação básica de pós-graduação é indispensável para a construção de um processo de ensino aprendizagem ótimo, que se coloque à altura das necessidades da formação de profissionais universitários na área da saúde.

Tendo em vista a necessidade de articular o processo de ensino aprendizagem dos profissionais da saúde e as necessidades sanitárias da população, se destacam modelos como o Pró-Saúde que buscam relacionar estas duas variáveis. O referido projeto tem como objetivo “*a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população*”.<sup>91</sup> O mesmo busca cadenciar a relação entre serviços de saúde, ensino superior e necessidades da população, em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, permitindo voltar o olhar dos profissionais da saúde aos determinantes sociais e biológicos do processo saúde-doença com uma abordagem integral. O mesmo foi implantado nas carreiras que fazem parte da atenção básica como medicina, odontologia e enfermagem como plano piloto, ampliando para outras carreiras em instâncias posteriores.

A falta de uma equipe docente capacitada para o ensino em bioética adequada aos contextos, o pequeno número de docentes, e o elevado número de estudantes, que seja coerente com uma produção autóctone da região como temos proposto, se limita o desenvolvimento dos planos de estudo transversais baseados em uma carga horária menor, porém presentes em todos os semestres da formação. A necessidade logística e de recursos humanos necessários a uma proposta como esta, são incompatíveis com a realidade atual. Considerando isto, neste momento não podemos propor um eixo transversal integral, que acompanhe o estudante de medicina durante toda sua formação, já que isto seria uma proposta em longo prazo, posterior a superar as barreiras institucionais. No lugar disto elaboramos uma proposta provável para ser executada a curto e médio prazo sustentada em quatro intervenções ao longo da carreira em diferentes momentos. Por sua vez durante a formação básica, a formação pré-clínica, a formação clínica e prévia ao ingresso. As malhas curriculares

destas intervenções estarão desenvolvidas nos sub-capítulos seguintes.

### 3.2 Malhas curriculares propostas.

#### BIOÉTICA I.

##### **Fundamentos da bioética e sua relação com questões genéticas, ambientais e de saúde pública.**

Este curso está dirigido aos estudantes do primeiro semestre do curso de doutor em medicina, denominado ciclo introdutório (CI). O mesmo se divide em atividades teóricas nas instalações da faculdade (Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e cursos por disciplina) e Trabalho de Campo (TC) no primeiro nível de atenção, sendo este último a primeira aproximação aos serviços sanitários.

Este curso terá uma carga horária de 32 horas, dividido em 4 horas semanais durante 8 semanas. Bioética como disciplina mantém campos de atuação em relação aos eixos curriculares do ciclo introdutório (CI), tendo a oportunidade de aproximar o estudante ao campo teórico e das práticas da bioética de forma concomitante com o resto dos conteúdos programáticos propostos para o primeiro semestre, permitindo assim, integrar uma proposta crítica e reflexiva em função destes conteúdos. O quadro 1 apresenta esta relação comparativa de conteúdos.

**Quadro 1 – Relação comparativa entre os conteúdos gerais do primeiro ciclo e os conteúdos específicos da bioética e sua respectiva carga horária.**

<i>Conteúdos curriculares da formação médica no primeiro semestre.</i>	<i>Conteúdos específicos da bioética.</i>	<b>Carga horária Bioética.</b>
Características da saúde em nossa população e a região; Determinantes sociais e meio-ambientais; Fatores e hábitos pessoais que operam na saúde; As comunidades e a atenção primária de saúde; Perfil do médico de prevenção e do médico geral; A herança: suas leis e mecanismos.  A moral da solidariedade e serviço social; Relação médico-paciente: ética e comunicação.	Conceitos e noções fundamentais da ética e bioética.	8 horas.
	Bioética, equidade e vulnerabilidade social; Bioética, justiça ambiental e proteção do ambiente; Conflitos éticos na atenção primária; Ética e formas cotidianas de vida.	12 horas.
	Investigação em genética, intervenções gênicas e conflitos em torno da predição genética de patologias.	4 horas.
	A autonomia e o paternalismo no contexto da assistência; Modelos da deliberação na bioética clínica e seus limites.	8 horas.

Desta forma pretende-se integrar os conhecimentos proporcionados por outras disciplinas que fazem referência aos campos de ação da bioética no campo conceitual e de atitude, já que o primeiro semestre se concentra na prática do primeiro nível de atenção, da perspectiva da medicina familiar e comunitária que oferece um olhar efetivo do processo saúde-enfermidade. O espaço da prática comunitária é utilizado para relacionar os conflitos socioambientais, sua relação com a pobreza e a vulnerabilidade no lugar onde os problemas de saúde acontecem, proporcionando ao estudante a possibilidade de refletir sobre os mesmos. No espaço da atenção primária, encontram-se entrelaçados diferentes conhecimentos pelos campos de ação da bioética como ocorre na saúde pública, os conflitos socioambientais, entre outros oferecem a possibilidade do estudante adotar uma postura reflexiva, diante de um pensamento crítico no espaço onde 85% dos problemas de saúde ocorrem e se resolvem, no primeiro nível de atenção.

No mesmo sentido, a discussão fundamentada na bioética relacionada com os conflitos oriundos das novas possibilidades de diagnóstico e de intervenção genética apresenta-se no momento que os alunos estudam as leis e os mecanismos da herança, assim como a introdução dos modelos de deliberação ética e os principais conflitos éticos em torno das práticas assistenciais acompanha a questão da solidariedade e da relação médico-paciente.

### **Objetivo geral:**

Integrar os conceitos e conteúdos de fundamentos da bioética e seus campos de atuação de forma a proporcionar uma reflexão crítica dos conteúdos e dos problemas éticos presentes na área da saúde.

### **Objetivos específicos:**

No final do curso o estudante deverá ser capaz de:

- a) Dominar e integrar noções conceituais em torno dos fundamentos da ética, moral e bioética, assim como seus campos de ação e principais correntes;
- b) Adotar uma atitude crítica em referência ao estudo das práticas relacionadas ao conhecimento científico em saúde;
- c) Aplicar em sua experiência de contato com as comunidades e serviços de atenção primária as reflexões realizadas em aula em torno das dimensões éticas da equidade, da vulnerabilidade social, da justiça ambiental e da proteção do ambiente;
- d) Reconhecer os principais conflitos e reflexões éticas em torno das novas possibilidades de diagnósticos e intervenções genéticas;
- e) Conhecer os principais modelos de deliberação em bioética clínica e assumir uma atitude de reflexão e argumentação no âmbito dos conflitos éticos no espaço da assistência.

**Metodologia:**

A metodologia proposta para este curso é a integração teórico-prática a partir da aprendizagem baseada em problemas com a finalidade de relacionar a proposta conceitual com as propostas de atitudes e o manuseio de ferramentas.

A disciplina será oferecida com uma carga horária de 4 horas semanais, sendo 3 horas presenciais e 1 hora no Espaço Virtual de Aprendizagem (Plataforma Moodle). Em referência às estratégias pedagógicas será de acordo ao campo de ação da bioética a tratar, é proposto o grupo de verbalização e observação (GV/GO) ou Phillips 66<sup>88</sup>. Os mesmos buscam solidificar os conteúdos cognitivos, organizar informações, fomentar a interpretação e a análise crítica de artigos publicados com o tema escolhido, permitindo integrar estas operações de pensamento.

Em referência às propostas de atitudes e de habilidades, utilizam-se recursos audiovisuais, fragmentos literários, a dramatização, Júri simulado, entre outros com o objetivo de fortalecer operações de pensamento como ocorre com a imaginação, a busca de hipótese, a crítica, tomada de decisões, sensibilizar o estudante em referência a esta temática, etc.

Como parte desta integração teórico-prática é proposto resgatar relatos e sucessos vividos pelos estudantes em sua prática cotidiana no primeiro nível de atenção, os quais podem ser oportunamente abordados do campo reflexivo que propõe a bioética, implantando desde o início do curso acadêmico o espaço para reflexão coletiva de sucessos cotidianos. Estas diferentes estratégias pedagógicas também podem ser utilizadas no terreno virtual, integrando algumas destas estratégias pedagógicas a fóruns virtuais sobre o tema determinado que nasce a partir de uma proposta docente previamente planejada. Neste tipo de discurso integrando o presencial e o virtual podem ser de utilidade quando o número de docente é escasso, e o número de estudantes é elevado, permitindo racionalizar o uso dos recursos humanos, oferecendo uma formação integral em bioética para acadêmicos de medicina. Vale destacar a adequada relação que deve manter a Bioética com os tutores de Aprendizagem Baseado em Problemas e os Tutores de Trabalho de Campo somando uma ferramenta docente a mais para relacionar a bioética às atividades cotidianas, destacando a importância da disciplina ao longo do curso.

**Avaliação:**

A avaliação está focada principalmente na avaliação contínua que é onde interpretamos que é mais factível avaliar o componente de atitude. A mesma será através da construção de um portfólio, o qual se inicia no princípio do curso e continua até o final do mesmo, possibilitando ter um registro escrito com a análise, reflexões de situações vividas, assim como sua capacidade de

argumentar em situações consideradas de conflito. O portfólio não tem porque se reduzir às horas presenciais de bioética, mas sim abrir o espaço para o resto das situações vividas em outras disciplinas do curso que tenham relação com ela, e que o estudante considere que merece uma reflexão desta perspectiva.

Isto permite que o docente avalie as reflexões dos estudantes, sua capacidade crítica, sua avaliação e desempenho, assim como a dedicação que o mesmo coloca sobre este registro. O mesmo terá uma carga de 40% do total da nota. O desempenho nas dinâmicas de grupo realizadas em aula acrescentará 20% do total da avaliação, sendo no total da avaliação contínua 60% da qualificação final.

Por outro lado será realizada uma avaliação final no grupo onde será apresentada aos estudantes uma situação problema na qual se requer tomar decisões, as quais terão que ser devidamente argumentadas. A avaliação final busca mensurar a capacidade dos estudantes em lidar com situações de conflito entre seus pares, onde necessariamente deverão construir consensos, propor acordos e desacordos para tomar uma decisão final, situação que os aproxima a situações serão vivenciadas no futuro como profissionais. Se buscará uma situação problema que preferencialmente esteja relacionada com o âmbito cotidiano da prática, neste caso o primeiro nível de atenção que faça relação aos objetivos conceituais propostos, porém que permita valorizar as ferramentas adquiridas até o momento. A mesma corresponderá a 30% do total da nota.

Por outro lado será realizada a auto avaliação dos estudantes, para obter a própria percepção do estudante sobre seu conhecimento, assim como as forças e debilidades que ele identifica em si mesmo, estimulando uma atitude também ética em relação a seu próprio desempenho. Ela corresponderá a 10% do total da nota.

Os estudantes terão a possibilidade de avaliar os docentes, como ferramenta fundamental para a superação do trabalho docente na área da bioética, isto permitirá adaptar os cursos às necessidades propostas pelos estudantes, assim como apresentar ao docente a opinião dos estudantes sobre sua prática, suas metodologias e estratégias utilizadas.

As avaliações docentes realizadas pelos estudantes, podem servir como insumo de futuras investigações para o aperfeiçoamento da bioética e suas estratégias em aula, após a implantação deste plano piloto.

### **Bibliografia básica:**

- Apostila didática.
- Canto- Sperber, M. Diccionario de Ética y Filosofía Moral. Primera edición español. Fondo de Cultura Económica de España. México. 2001. 800p.

- Tealdi, JC (*Coord*) Dicionario Latinoamericano de Bioética. Primera edición. Bogotá. Unesco. 2008. 660p.
- Junges, JR. Interfase ética entre desenvolvimento sustentável, economia ecológica e justiça ambiental: precaução e sustentabilidade. In: Porto, D; Garrafa, V; Zafalon; G; Nascimento, S. Bioéticas, Poder e Injustiças: 10 anos depois. Primera edición. Brasília: CFM/ Cátedra Unesco de Bioética, SBB; 2012. p.397.
- Porto, M. Milanez, B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 1983–1994
- Schramm, FR. Kottow, M. Bioética y biotecnologías: lo humano entre dos paradigmas. 2001. *Acta Bioethica* 7 (2), 259-267

## **BIOÉTICA II.**

### **Bioética, o início da vida e a investigação com humanos e animais.**

O curso tem como público alvo os estudantes do Ciclo Básico Clínico Comunitário 4 (CBCC4), que corresponde ao quinto semestre do curso de medicina. Este ciclo se divide em atividades teóricas e práticas na faculdade de medicina (Laboratório de histologia, sala de anatomia, etc) e atividades no primeiro nível de atenção. Este curso terá uma carga horária de 32 horas, dividido em 4 horas semanais durante 8 semanas.

No segundo curso desenvolvem-se os campos de ação da bioética em relação aos eixos curriculares do ciclo, integrando-se ao resto das disciplinas. Este curso pretende fortalecer a deliberação e discussão dos temas que se desenvolvem durante o ciclo, proporcionando a reflexão sobre os temas naturalizados no âmbito da medicina como ocorre com as questões do início e fim da vida, a investigação biomédica, o uso de animais na investigação, a manipulação do material de cadáver, entre outros. Desta forma pretende-se aproximar o estudante de um pensamento reflexivo e fundamentado na relação das situações cotidianas estipuladas para o ciclo. O quadro 2 apresenta esta relação comparativa de conteúdos.

**Quadro 2 – Relação comparativa entre os conteúdos gerais do quinto semestre e os conteúdos específicos da bioética e suas respectivas cargas horárias.**

Anatomia e histologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bioética e o corpo como objeto de estudo- a dignidade do cadáver- o cadáver e sua classe social.</li> </ul>	4 horas
Saúde sexual e reprodutiva. Vulnerabilidade da gestante e da criança. Ética do começo da vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bioética, a questão do aborto e o estatuto moral do embrião.</li> <li>Fertilização assistida e doação de células tronco: uso e abuso.</li> <li>A gravidez de substituição.</li> </ul>	8 horas.
Módulo de gerontologia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bioética e gerontofobia (discriminação por idade)</li> <li>Autonomia e institucionalização do ancião.</li> </ul>	4 horas.
Métodos de investigação e investigação- ação (psicossociais, biométricos e clínicos) das ciências da saúde. Perspectiva histórica da metodologia médica. Ética investigativa e do trabalho em equipe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceitos e noções fundamentais na ética da investigação.</li> <li>Investigação clínica e investigação de mercado.</li> <li>Investigação em populações vulneráveis na AL.</li> <li>Normativas, internacionais e seus processos de modificação.</li> <li>O uso de animais em investigação e a proteção animal.</li> </ul>	16 horas

Da nossa perspectiva podem ser oportunamente utilizados os conteúdos do ciclo para proporcionar um conhecimento integral, ou seja, a aquisição dos conteúdos científico-clínicos e sua relação com a base reflexiva que se espera do estudante de medicina. A relação entre laboratório, sala de anatomia, e o primeiro nível de atenção oferece a oportunidade de encontrar cenários diferentes, portanto com diferentes dilemas ou situações que trazem a bioética como fundamento e ferramenta para a avaliação e reflexão dos mesmos.

**Objetivo geral:**

Integrar os conteúdos da bioética e seus campos de ação junto ao desenvolvimento curricular do ciclo nas áreas básico-clínicas, bem como os conflitos das mesmas em relação às práticas de saúde.

**Objetivos específicos:**

Ao final do curso o estudante deverá ser capaz de:

- a) Compreender as relações da classe social implicadas na disponibilidade de material cadavérico para estudo e estabelecer uma relação de respeito e de dignidade do cadáver, fazendo uso apropriado do material cadavérico;
- b) Reconhecer os principais conflitos de valor e posições morais em torno do início da vida, e poder distinguir sua perspectiva pessoal para a tomada de decisões em sua própria vida, da perspectiva coletiva para a tomada de decisões públicas no âmbito da pluralidade moral;
- c) Reconhecer os principais conflitos de valor e posições morais em torno da senilidade e o fim da vida, e poder distinguir sua perspectiva pessoal para a tomada de decisões de sua própria vida, da perspectiva coletiva para a tomada de decisões públicas no âmbito da pluralidade moral;
- d) Conhecer os principais conflitos e jogos de interesses relacionados à investigação clínica e suas normativas no plano nacional e internacional e saber utilizar estes conhecimentos para a reflexão quando se encontre diante de um projeto de investigação;
- e) Dominar os conceitos fundamentais em torno da estrutura e funcionamento dos sistemas nacionais de revisão ética da investigação, e os mecanismos de proteção dos seres humanos envolvidos nos diversos métodos de investigação;
- f) Estar apto a fazer uma reflexão crítica sobre as formas de uso dos animais em suas experiências de aprendizagem e investigação.

**Metodologia:**

A metodologia segue a mesma proposta de uma integração teórico-prática sustentada na aprendizagem baseada em problemas. A distribuição da carga horária será também a mesma, dando destaque para o Espaço Virtual de Aprendizagem (Plataforma Moodle), pode ser ampliada aqui em temas como investigação com sujeitos humanos.

As estratégias pedagógicas também seguem a mesma proposta anterior, porém aqui, há uma menor utilização de instrumentos como o (GV/GO) ou Phillips 66, e serão privilegiados os instrumentos de sensibilização ética, como os filmes e os fragmentos literários, além dos instrumentos de treino de argumentação fundamentada, como os júris simulados, a discussão de casos, a análise de protocolos fictícios de investigação.

É proposto também resgatar relatos e fatos vividos pelos estudantes na sua prática cotidiana de aprendizagem e investigação. Em referência aos conflitos que ocorrem nas práticas de saúde com as pessoas de mais idade, é oferecida a possibilidade de mesas abertas, convidando especialistas que possam dar suporte com suas experiências pessoais.

Estas diferentes estratégias pedagógicas também podem ser utilizadas no terreno virtual, integrando algumas destas estratégias pedagógicas a fóruns virtuais sobre um determinado tema que nasce a partir de uma proposta docente previamente planejada. Este tipo de recurso integrando o presencial ao virtual pode ser de utilidade quando o número de docentes é escasso e o número de estudante é elevado, permitindo racionalizar o uso dos recursos humanos.

### **Avaliação:**

A avaliação do estudante segue a mestra estrutura com os mesmos instrumentos, porém como aqui já existe uma maior preocupação com a aplicação dos conteúdos cognitivos na prática reflexiva, a tomada de decisões e as propostas normativas, a distribuição do valor de cada instrumento de avaliação em relação a nota final é diferente.

Portfólio= 20% da nota final

Desempenho nas estratégias de interpretação e organização de informações (GV/GO) e Phillips 66= 20% da nota final

Discussão de casos e justificativa da tomada de decisão= 20%

Trabalho final- Análise do contexto e dos conflitos éticos envolvidos num protocolo fictício de investigação com seres humanos= 30% da nota final

Auto-avaliação= 10% da nota final

A avaliação docente e a avaliação do curso seguirá a normal desenvolvida para todo o grupo de disciplina em Bioética.

### **Bibliografia básica:**

- Keyeux, G; Penchaszadeh, V; Saada, A. (Coord.) *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Primera edición. 2006. Unesco. Bogotá. 348p.
- Martins, C; Schramm, F. *A necessária frugalidade dos idosos*. 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5): 1141-1148
- Tealdi, JC.(Coord) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Primera edición. Bogota. Unesco. 2008. 660p.
- Raymundo, M; Goldim, J. *Ética da pesquisa em modelos animais*. 2012 *Revista Bioética*,10(1), 31–44.
- Kottow, M. *Bioética del comienzo de la vida ¿Cuántas veces comienza la vida humana?* 2001. *Revista Bioética*. 10 (2): 25-42
- Garrafa, V; Lorenzo, C. *Helsinki 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados*. 2009. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 55(5): 514-518

- Ugalde, A; Homedes, N. Cuatro palabras sobre ensayos clínicos:ciencia/negocio, riesgo/beneficio. Salud Colectiva. 2011. 7(2): 135-148

### **BIOÉTICA III.**

#### **Bioética e tomada de decisões nas práticas de assistência à saúde.**

O curso está dirigido aos estudantes que cursam o décimo semestre do curso de medicina, no Ciclo Clínico Geral Integral 1 (CCGI 1). Este ciclo se caracteriza por ter uma maior carga horária de clínica no segundo e primeiro nível de atenção, dirigido a um grupo de patologias envolvendo sistemas orgânicos específicos.

O curso de bioética neste nível terá a mesma carga horária dos outros. A escolha de sua posição na malha curricular geral do curso de medicina (décimo semestre) foi realizada por uma busca de coerência com as atividades desenvolvidas pelos estudantes (a prática clínica) ao invés de escolher pelos sistemas e patologias estudadas.

Continua com a metodologia de integração teórico-prática baseada em problemas, porém é proposto abordar neste curso os dilemas e conflitos que surgem da prática clínica. O curso busca fortalecer a sensibilidade dos estudantes em referência às visões de mundo dos pacientes, fortalecendo a deliberação. O quadro 3 apresenta os conteúdos do curso de medicina e os conteúdos específicos da bioética.

Os conteúdos curriculares são desenvolvidos por três grandes áreas: clínica médica, patologia médica-terapêutica e medicina legal, tendo os estudantes a abordagem clínica, básica e legal em relação ao estudo da patologia, pelo que entendemos que a bioética deve contribuir com a abordagem integral de problemas e conflitos que surgem na área clínica, bem como a integração destes diferentes saberes contextualizando-os sobre o sujeito, os sistemas sanitários, seu entorno e o conjunto de interesses em jogo.

**Quadro 3- Relação entre os conteúdos do décimo semestre e os conteúdos específicos de bioética e sua respectiva carga horária.**

<i>Conteúdos curriculares da formação médica no décimo semestre.*</i>	<i>Conteúdos específicos de bioética.</i>	<b>Carga horária Bioética.</b>
Patologia dos sistemas cutâneo, hemático, imune e locomotor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de decisões no âmbito clínico: Problemas e dilemas.</li> </ul>	4 horas.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retomada e aprofundamento do estudo crítico dos modelos da deliberação na bioética clínica a partir de casos reais e fictícios.</li> </ul>	8 horas.
Patologia dos sistemas nervoso, circulatório e respiratório. Patologia geriátrica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os conflitos éticos no âmbito dos cuidados intensivos e as autonomias limitadas.</li> </ul>	4 horas.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados paliativos, distanásia, ortotanásia e eutanásia.</li> </ul>	4 horas.
Ética do fim da vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A regulamentação e aplicação clínicas de novas biotecnologias.</li> </ul>	4 horas.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflitos de interesse institucionais e profissionais na prática clínica e a enfermidade como mercadoria.</li> </ul>	4 horas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A ética na distribuição de recursos escassos entre os níveis de complexidade de atenção.</li> </ul>	4 horas

**Objetivo geral:**

Integrar conceitos e ferramentas para a abordagem dos conflitos em torno da tomada de decisões no âmbito clínico.

**Objetivos específicos:**

O final do curso o estudante deverá ser capaz de:

- Conhecer os principais conceitos e correntes teóricas que têm relação com a tomada de decisões no âmbito clínico.
- Lidar criticamente com os modelos de deliberação como ferramenta para a tomada prudente e reflexiva de decisões em diversas situações da prática clínica.
- Reconhecer os principais conflitos éticos associados ao ambiente clínico, junto à função das

- unidades de cuidados intensivos e conduzir-se de forma a evitá-los ou contribuir para solucioná-los.
- d) Avaliar criticamente a produção das biotecnologias no contexto de mercado, assim como seu uso no âmbito clínico junto aos dilemas que podem surgir através de seu uso.
  - e) Assumir uma postura crítica em relação à hiper especialização da prática médica e sua consequente fragmentação do processo saúde-enfermidade;
  - f) Refletir de forma fundamentada na bioética sobre a distribuição dos recursos entre os diversos níveis de complexidade da atenção e sobre os dilemas provocados entre direitos individuais e coletivos neste âmbito.

### **Metodologia:**

A metodologia para este curso busca focar nos aspectos práticos e de atitude, buscando suporte nas teorias, porém favorecendo as situações que os estudantes reconheçam como atravessadas por conflitos éticos. Apesar de que o curso não só será nutrido dos relatos dos estudantes ou situações vividas, estas se entendem como fundamentais para o processo de sensibilizar através das próprias práticas, ou as práticas sanitárias dos que estão em contato direto com eles. Está prevista uma carga horária maior dirigida à discussão de casos clínicos. O curso será dividido em presencial e virtual, com um conteúdo mínimo de 3 horas presenciais por semana, podendo alguns temas receber uma carga horária maior, em função da importância para o ciclo e pelo menos 1 hora no Espaço Virtual de Aprendizagem (Plataforma Moodle).

As estratégias pedagógicas tais como o grupo de verbalização e observação (GV/GO) ou Phillips 66 serão utilizados para a aquisição de conhecimentos e organização de informações relacionadas aos modelos teóricos de deliberação ou artigos enfocando conflitos específicos de algumas práticas. Estas estratégias podem ser complementadas com recursos audiovisuais ou a dramatização, para aproximar os relatos aos aspectos vivenciais. Por sua vez algumas destas estratégias podem ser adaptadas na complementação do curso através da plataforma virtual, com o suporte de filmes, relatos de casos, favorecendo o intercâmbio de opiniões, estando isto estritamente desenhado para tais fins, de acordo ao tema a ser abordado.

### **Avaliação:**

A avaliação, a exemplo do resto dos cursos de bioética, será enfocada principalmente na avaliação contínua, para a valorização do componente de atitude. A mesma será através da construção de um portfólio com um registro escrito sobre as situações clínicas cotidianas dos estudantes, sua análise, reflexões, e conflitos que tenham sido identificados no decorrer do curso.

Isto permitirá que o docente avalie as reflexões dos estudantes, sua capacidade crítica, sua evolução e desempenho, assim como a dedicação que o mesmo coloca sobre este registro. O mesmo terá uma carga de 60% do total da nota final, já que interpretamos o componente de atitude como um dos principais desafios para a disciplina.

### **A avaliação dos estudantes contará com 4 componentes:**

Um portfólio onde deverá estar um inventário de problemas éticos identificados pelos estudantes em suas vivências diárias em sala, estimulando-os a permanecer atentos a esta dimensão da experiência clínica. Isto representará 30% da nota final.

Desempenho das dinâmicas de grupo para os exercícios com GV/GO, Phillips 66= 20% da nota final.

Trabalhos em grupos baseados em discussão de casos onde necessariamente deverão construir consensos e propor acordos para a tomada de decisão final argumentada e justificada= 20% da nota final.

Trabalho final individual onde o estudante recebe uma situação problema no âmbito clínico, a qual requeira a tomada de decisões, e lhes será solicitado que seja apresentada uma proposta de decisões devidamente fundamentada e argumentada= 20%

Auto- avaliação=10%

Esta prevista uma avaliação do curso e do docente, a partir de uma linha do tempo, onde os estudantes possam indicar as atividades mais valiosas e melhor conduzidas, contribuindo para o melhoramento do curso.

### **Bibliografia básica:**

- Gracias, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. 2001. *Medicina Clínica*, 117(1), 18–23.
- Beauchamp y Childress. Principios de ética biomédica. (1999). *Principios de ética biomédica* (4ta ed., p522). Barcelona
- Garrafa, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. (2009) *Revista Bioética*.

13(1): 125–134.

- Zoboli, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Revista Bioética*. 2013 21(3): 389-396.
- Olivé, L. Aplicando la bioética a las biotecnociencias. In: Porto, D; Garrafa, V; Zafalon; G; Nasimento, S. *Bioéticas, Poder e Injusticias: 10 anos depois*. Primera edición. Brasília: CFM/ Cátedra Unesco de Bioética, SBB; 2012. p. 221-235.
- Fortes, P. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social ea equidade. 2008. *Cuad. de Saúde Pública*. 24 (3): 696-701.
- Pyrrho, M; Schramm, F. A moralidade da nanotecnologia. 2012. 28 (11): 2023-2033.

## **BIOÉTICA IV.**

### **Bioética integral na prática médica.**

O curso terá como público alvo os estudantes do último ano do curso de medicina, o Ciclo Internado Obrigatório de um ano de duração. Este ciclo está constituído por quatro rotações nas áreas clínicas, caracteristicamente pela clínica médica, cirúrgica, ginecologia e pediatria, tendo a opção de rotações polivalentes. O mesmo se caracteriza por ser exclusivamente prático, com uma carga horária de aproximadamente 44 horas semanais, onde estão incluídas 24 horas de plantão em emergência por semana.

Este curso pretende criar um espaço para a apresentação de situações vividas pelos estudantes num contexto de diálogo e intercâmbio com seus pares, pondo em prática as ferramentas para a tomada de decisões na área clínica, assim como a abordagem integral das situações em saúde, não restringindo suas temáticas, o que integrará todos os campos de ação da bioética, em função das situações vividas. Neste sentido, é que o mesmo incluirá todos os níveis de atenção, assim como os conflitos socioambientais, a vulnerabilidade e a pobreza além de outras situações e conflitos que fazem a abordagem integral do processo saúde-enfermidade. Será facilitado o conhecimento do código deontológico da profissão e uma avaliação crítica de seus limites para ajudar a resolver alguns conflitos da prática. Este curso pretende fortalecer os conhecimentos e ferramentas previamente adquiridas pelo estudante nos cursos de bioética em total relação com sua prática habitual.

### **Objetivo geral:**

Integrar a bioética e seus campos de ação à prática médica cotidiana de uma perspectiva integral do processo saúde-doença.

### **Objetivos específicos:**

O estudante será capaz de:

- a) Reconhecer os conflitos bioéticos em sua prática cotidiana;
- b) Avaliar os limites do código deontológico para ajudar na resolução de conflitos éticos da prática;
- c) Preparar um relato de conflito ético originado na prática profissional;
- d) Preparar um relato de conflito ético originado na prática profissional;
- e) Integrar a reflexão, a deliberação e a argumentação na tomada de decisões no âmbito clínico;
- f) Lidar de forma otimizada com a comunicação com o resto da equipe de saúde, reconhecendo que o trabalho em saúde é coletivo e sua boa condição implica a necessidade de gerar consensos.

### **Metodologia:**

A metodologia deste curso será iminentemente prática, buscando integrar as situações vividas pelos estudantes do último ano de graduação com os campos de ação da bioética, previamente estudados. Este curso terá uma carga horária de 32 horas, dividido em 4 horas semanais durante 8 semanas, com uma intervenção a cada seis meses.

O curso será dividido entre presencial e virtual, com um conteúdo mínimo de 3 horas presenciais por semana, podendo alguns temas receber carga horária maior, em função da importância para o ciclo e pelo menos 1 hora no Espaço Virtual de Aprendizagem (Plataforma Moodle). Serão utilizados os relatos, situações ou descrições de casos relatados pelos estudantes, e serão utilizadas metodologias ativas de aprendizagem como nos cursos anteriores de bioética, assim como o plenário aberto para o intercâmbio de ideias, a reflexão e a busca de consensos e acordo sobre as situações que apresentem dilemas. Será pautado o tema previamente à discussão, para buscar a metodologia mais apropriada para cada caso. Serão de grande importância o uso de recursos audiovisuais, fragmentos literários, dramatização, entre outros, para aprofundar o processo de sensibilidade do estudante do último ano.

### **Avaliação:**

A avaliação do curso estará focada nos aspectos de atitude, sendo o portfólio a ferramenta principal escolhida para tais propósitos, o qual representará 60% da nota final. O mesmo deve estar formado por relatos de casos extraídos da vivência dos estudantes e escritos por eles com base nas discussões de grupo. Deverá conter também registros de conflitos identificados ou críticas à forma

de condução de situações de conflito por profissionais da saúde, assim como outras formas de expressão dos fatos vividos como materiais fotográficos, ou outras expressões artísticas que se relacionem com sensações ou sentimentos identificados na raiz de um fenômeno.

É recomendável que o portfólio acompanhe o estudante durante todo o ano da prática do interno, não estando o mesmo exclusivamente restrito à bioética, em seu lugar é proposto sistematizar e registrar um processo integral de formação, reflexão e prática.

Um caderno de campo docente deve ser desenvolvido onde se deve registrar a frequência, pontualidade, atitude em sala, intensidade e qualidade da participação de cada um dos estudantes nas sessões de discussão dos casos. Este instrumento conferirá 30% da nota final. A auto-avaliação completará 10% restante da nota final. Uma avaliação do curso e do docente será feita com base também em uma linha do tempo apresentada.

### **Bibliografia básica:**

Será estabelecida de acordo com as situações previamente pautadas com os estudantes, visto que a mesma será dinâmica e buscará adaptar-se às necessidades dos estudantes em função das situações vividas. A bibliografia cumprirá com o papel de apoiar o processo de formação, oferecendo ferramentas aos estudantes propensas à reflexão dos acontecimentos cotidianos.

### **3.3 Discussão da proposta.**

Entendemos que esta proposta não cumpre completamente a abordagem desejada do ponto de vista acadêmico para o ensino em bioética, porém o mesmo busca ser factível, e tentar acompanhar o plano de estudos da faculdade de medicina, suas capacidades docentes e suas possibilidades de ser executadas. É assim que se torna necessário escolher quais serão os conteúdos abordados, e de acordo com estes, qual é o melhor momento para integrá-los aos cursos de medicina.

Isto traz no primeiro momento que não se pode cumprir com a transversalidade da bioética, neste tipo de situações, onde a disciplina é demandada para as necessidades formativas, é recomendável realizar a integração das disciplinas humanas construindo um eixo ético-humanístico<sup>92</sup>. O mesmo não só permite aumentar as capacidades acadêmicas para dar resposta a uma formação contínua ao longo da carreira, como também se centra na base do trabalho interdisciplinar e complementado entre diferentes áreas das humanidades médicas.

Apesar de entendermos que as propostas teóricas podem enfrentar infinitas dificuldades

práticas, como acontece com o número de estudantes, o número de recursos docentes, a estrutura curricular das faculdades de medicina, entre outros, buscamos montar o leque de possibilidades que se apresentam para a abordagem de ensino da bioética na formação médica. A mesma não é uma proposta terminada nem fechada sobre como este processo deve acontecer, mas sim pretende organizar e sistematizar as diferentes propostas existentes para a construção de um programa de bioética com característica de nível universitário, entendendo que este deve ter a mesma importância que o resto das disciplinas, utilizando diferentes estratégias, para que este processo se dê de fato.

Esta proposta apresenta oportunidades no que faz referência à metodologia do processo ensino-aprendizagem, a integração de um olhar integral da bioética, assim como construir a integração teórico-prática de saberes. Busca priorizar a atitude, não buscando impor “valores” das instituições de ensino, mas sim fomentando o pensamento crítico, a reflexão e a boa argumentação como base para a tomada de decisões sensatas no hábito sanitário, em consonância com os fins e obrigações da Universidade da República. Este olhar centrado na atitude surge de compreender que a repetição automática e acrítica de conceitos éticos, carece de valor real no que se refere às práticas em saúde.

Por sua vez o mesmo se vê ameaçado por situações institucionais reais, como ocorre com a falta de recursos humanos adequadamente formados na disciplina para o desenho de programas curriculares, assim como para serem os facilitadores diretos do processo de aprendizagem da disciplina. Por outro lado, os mecanismos de contratação de docentes, as horas de docência e investigação em bioética ao não serem homogêneas gera dificuldades para ao levar o plano institucional, sendo assim necessária a discussão plural na busca de caminhos que facilitem a inclusão real da bioética, colocando esta discussão no plano da política institucional das faculdades de medicina.

Considerando que o Uruguai se encontra em um processo de reorientação do perfil da atenção à saúde, com a finalidade de fortalecer a atenção básica, Pro- saúde pode ser utilizado como um modelo para atingir os objetivos almejados, reunindo todos os atores procurando caminhos possíveis que respondam os novos objetivos que a reforma sanitária propõe. Neste sentido, buscando melhorar a qualidade da formação, a atenção direta na saúde assim como a gestão dos serviços de saúde, considerando que a bioética encara grandes desafios para o desenvolvimento formal da disciplina tanto no fortalecimento no primeiro nível de atenção quanto na gestão dos serviços de saúde para fins de distribuição dos recursos prioritários para o desenvolvimento dos objetivos propostos.

## **Considerações finais.**

A finalidade deste trabalho foi a construção de um desenho curricular para a graduação em medicina, relacionado à atual conjuntura da política sanitária que se estrutura em objetivos relacionados à justiça em saúde, a equidade e a garantia da saúde como um direito humano fundamental. A mesma propõe uma orientação de assistência sanitária voltada ao primeiro nível de atenção, entendendo nisto a abordagem integral para a resolução dos problemas de saúde, não só por sua frequência, mas também que pretende dar uma abordagem comunitária onde os cidadãos vivem, se desenvolvem, se enfermam e se recuperam.

Junto ao contexto da política sanitária, se encontra a reforma curricular que sugere a Faculdade de Medicina levada adiante pela ordem docente, estudantil e graduados integrantes da Universidade da República, a mesma busca definir um perfil do egresso humanista, com uma sólida formação ética, um elevado conhecimento científico-básico e clínico, com perfil comunitário. O mesmo ainda que ocorra de forma independente das definições centrais em matéria de saúde, acompanha as finalidades, objetivos e obrigações da reforma sanitária.

Tendo em conta estes dois eventos foi trabalhada a construção de um desenho curricular em bioética que considerasse estas duas variáveis de relevância, para integrar a formação dos médicos ao contexto universitário e sanitário atual. Neste sentido, foi relacionado o contexto sanitário e universitário tendo em vista a maior quantidade de dados que orientassem a inserção da bioética, fazendo referência às diversas definições ideológicas e técnicas das duas instituições. Isto se conecta ao processo iniciado na região de fundamentação da bioética, relacionada à construção de uma visão do lado sul em relação à saúde e o desenvolvimento acadêmico da bioética, tendo em vista o componente ético e político, assim como a situação socioeconômica e cultural da região, isto busca a construção de modelos autóctones da bioética, desenvolvidos pela e para a América Latina.

Finalmente unindo estes dois capítulos, desenvolve-se um desenho curricular para a Faculdade de Medicina utilizando referenciais em bioética de várias partes do mundo, definindo conteúdos curriculares que buscam proporcionar ferramentas para a análise crítica, reflexiva e argumentada da perspectiva regional. Destacam-se técnicas e abordagens de universidades anglo-saxônicas, adaptando isto à fundamentação da bioética latino-americana, com objetivo de definir um modelo ideal de ensino-aprendizagem.

Na busca por fazer as relações entre os modelos ideais de ensino em bioética e as probabilidades da implantação na Universidade da República, destacam-se os limites institucionais e contextuais da mesma. Estes podem caracterizar-se, por um elevado número de estudantes, uma escassa quantidade de docentes com formação adequada, os baixos salários docentes, a ausência de

investigação na área, e a própria estrutura da Faculdade de Medicina. Considerando estas variáveis, é que se desenha um modelo “provável” com potencialidade para sua aplicação em curto e médio prazo, tendo em vista que as características conjunturais, que fazem parte da realidade do ensino universitário.

Portanto foi realizada a seleção dos campos de atuação da bioética de maior relevância, para fazer parte de quatro intervenções ao longo da carreira, reconhecendo que o ideal seria um processo transversal que acompanhe o estudante desde o início até o final da mesma. Neste sentido é que se propõe para longo prazo a construção de um eixo ético humanístico que congregue as humanidades médicas para a abordagem integral da educação na área da medicina, buscando proporcionar caminhos de ação nos conflitos atuais com os quais os médicos se deparam.

Esta proposta, não é um trabalho encerrado, nem fechado, o mesmo representa o ponta pé inicial para o desenvolvimento da investigação na área na Universidade da República, onde o desenvolvimento destas linhas de investigação estão somente iniciando. No Uruguai, como em outros países da América Latina apresentam-se conflitos sanitários que ultrapassam o uso de grandes tecnologias e fármacos caríssimos, sendo em muitas vezes os objetivos principais em matéria de saúde o acesso, a pobreza como determinante da saúde, a vulnerabilidade social e como a mesma impacta a saúde, os conflitos ambientais resultado do abuso de indústrias estrangeiras que prejudicam a parcela mais pobre dos cidadãos, o fortalecimento da assistência pública, a distribuição dos recursos quando o Produto Interno Bruto nacional é escasso, bem como outros conflitos que atingem os países chamados de “subdesenvolvidos”.

Este contexto uruguaio tem relação com as características de outros países da região, por isso esta proposta curricular pretende incluir a realidade regional e a análise da bioética que se desenvolve daqui. Ainda que, esta proposta surge para adaptar-se à Universidade da República, especificamente à Faculdade de Medicina, destacamos que a mesma pode ser utilizada por outras áreas onde a bioética seja relevante. Tendo em vista que os referenciais teóricos utilizados são em sua maioria de origem latino-americana e que o contexto regional é similar, mesmo que existam diferenças entre os países da região sul, esta proposta pode ser adaptada a outras universidades que possuam características e finalidades similares.

A implantação desta proposta pode significar um avanço sob vários pontos de vista. Por um lado o proporcionar intervenções em diferentes momentos da graduação, e não somente nas etapas de formação básica, mas também buscar introduzir na etapa básica, pré-clínica, clínica e antes da formação completa durante a residência médica obrigatória. Isso como já foi comentado, surge como adaptação das barreiras por não poder realizar uma abordagem transversal. Por sua vez a mesma propõe metodologias ativas que fomentam a reflexão, a crítica e a argumentação, buscando

superar velhos modelos de exposição de conhecimento e incorporações acríticas de modelos descontextualizados, os quais entendemos como fúteis no processo de ensino-aprendizagem para a formação em bioética.

Por outro lado estender esta proposta para a formação de aproximadamente 500 egressos por ano, em vários anos consecutivos, traz consigo a formação de recursos humanos de qualidade, adaptados ao contexto sanitário e com uma concepção da bioética de fundamentos latino americanos. Isto permitirá por sua vez, fomentar o interesse pela disciplina com a possibilidade de capacitação de um número maior de recursos humanos que continuem o processo de desenvolvimento da bioética a nível regional.

Por último, e não menos importante a Universidade da República tem sido historicamente o epicentro da resistência intelectual e política, assim como a maior casa de estudos e formação de recursos humanos universitários do país. A mesma é aberta, não havendo barreiras ao egresso, o que acaba gerando o acesso à educação superior de alto nível. Apesar de entendermos que o elevado número de estudantes representa uma barreira na distribuição dos recursos humanos, consideramos fundamental esta característica da mesma. O fato de não apresentar barreiras para ingressar respeita o profundo interesse institucional ao acesso à educação, de oferecer possibilidades para todos os cidadãos do país e assumimos o desafio de integrar um programa de educação em bioética, respeitando, compreendendo e apoiando esta característica da mesma.

Como vem sendo historicamente para o país, nossa casa de estudo vem dedicando-se a vanguarda do processo educativo, centrada no profundo interesse de formar profissionais com capacidade de refletir e criticar o *estatus quo* dos modelos sociais atuais. Entendemos nisto uma oportunidade para a bioética de fornecer os recursos humanos de diferentes áreas, bem como fomentar a formação dos profissionais do país, dispostos a modificar o conjunto de injustiças naturalizadas. Desta forma a Universidade da República mais uma vez, defende o interesse coletivo, baseada em profundos ideais de justiça social, não só na área sanitária, como ator fundamental da estrutura social no Uruguai.

## Referências bibliográficas.

1. Garrafa V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. Rev Bioética. 2012;20(1):9–20.
2. Figueiredo A de. O ensino da Bioética na pós-graduação stricto sensu, na área de Ciências da Saúde, no Brasil. [Internet]. RBPG. Revista Brasileira de Pós-Graduação. 2011 [cited 2014 Jun 10]. p. 192. Available from: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4659/1/2009\\_AntonioMacenadeFigueiredo.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4659/1/2009_AntonioMacenadeFigueiredo.pdf)
3. UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. [Internet] Argentina. UNESCO; c2006. [cited 2014 Jun 9]. Programa de educación Permanente en Bioética. [Aprox 2 pantallas] Available from: <http://www.redbioetica-edu.com.ar/>
4. Chasquetti D. El complejo año de las reformas. Rev Cienc Política. 2008;28(1):385–404.
5. Romero Aguilar, M. La Junta Nacional de Salud: Una pieza clave en la construcción de la capacidad de rectoría sectorial. Montevideo. OPS. 2012
6. Portillo J. Historia de la medicina estatal en el Uruguay.(1724-1930). Rev Med Uruguay.1995 [cited 2014 Apr 18];11:5–18. Available from: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf>
7. Uruguay, Ministerio de Salud Pública. Olesker, D. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2010. 112p.
8. Turnes, A. El Ministerio de Salud Pública: A 75 años de su creación. Comentarios, Datos y Reflexiones. Publicaciones Sindicato Médico del Uruguay.2008. p.1. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/msp-75a.pdf>
9. Tomasina, F; León, I. Sistema de Salud en Uruguay. Cap.7 In: Temas de salud Pública. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Oficina del Libro FEFMUR. 2008.
10. Uruguay. VIII Convención Médica. 2004. Disponible en: <http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/aguilar.pdf> Consultado 20-1-2014.
11. Olesker. D. Un balance de la reforma de la salud. Transformación, Estado y Democracia. Año 6 – N: 47. 2011. 10-17 Disponible en: <http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Publicaciones/RevistaONSC/r47/47-01.pdf> Consultado 11-1-14
12. Uruguay. Ministerio de desarrollo social. Plan de equidad. 2008. Disponible en: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan\\_equidad\\_def.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf) Consultado 7-1-14
13. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay. 2007. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> Consultado 27-12-13
14. República Oriental del Uruguay. Constitución 1967. Art.44. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const967.htm> Consultado 23-12-13
15. Olesker. Sistema Nacional Integrado de Salud: Cada cual aporta según su ingreso y recibe de acuerdo a sus necesidades. Transformación, Estado y Democracia. N: 33. 2007. 55-63. Disponible en: <http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Publicaciones/RevistaONSC/r33/33-3.pdf> Consultado 13-1-14

16. Benia, W. El cambio del modelo de atención y de gestión en el primer nivel. In: Temas de Salud Pública. (Coord). Benia, W. Tomo 2. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Oficina del libro- FEFMUR. Montevideo. 2009.
17. Ley 19.549. Ley Orgánica Universidad de la República. Uruguay.1958. Disponible en:<http://www.fing.edu.uy/sites/default/files/2011/3196/leyorganicaudelar.pdf> Consultado 11-1-14
18. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Reseña Institucional. Disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/institucional/rese%C3%B1a-institucional/rese%C3%B1a-institucional> Consultado 13.1.2014
19. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay. Misión. <http://www.fmed.edu.uy/institucional/mision> Consultado 13-1-14
20. Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras de Grado Universitario (MEXA). Disponible en: [http://portales.educacion.gov.ar/spu/cooperacion-internacional/convocatorias\\_y\\_novedades/mecanismo-experimental-de-acreditacion-de-carreras-de-grado-universitario-mexa/](http://portales.educacion.gov.ar/spu/cooperacion-internacional/convocatorias_y_novedades/mecanismo-experimental-de-acreditacion-de-carreras-de-grado-universitario-mexa/) Consultado 15-1-14
21. Uruguay. Presidencia de la República. MERCOSUR: Carreras terciarias con excelencia académica. 2007. Disponible en: [http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_Web/noticias/2007/07/2007071913.htm](http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2007/07/2007071913.htm)
22. Uruguay. Universidad de la República. 2005 Comisión Ad Hoc. Acreditación para administrar el mecanismo experimental de carreras de medicina. Dictamen:N - 01/05. Disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/sites/default/files/ense%C3%B1anza/documentos/dictamen%20medicina.pdf>
23. Uruguay. Nuevo Plan de Estudios. Facultad de Medicina. Asamblea del Claustro. Disponible en: <http://www.claustro.fmed.edu.uy/menu2.html> Consultado 9-1-14
24. Uruguay. Facultad de Medicina. Montevideo, 5 de febrero de 2007.p.37. [http://www.fmed.edu.uy/sites/default/files/ense%C3%B1anza/documentos/INFORME\\_MEDICINA2007.pdf](http://www.fmed.edu.uy/sites/default/files/ense%C3%B1anza/documentos/INFORME_MEDICINA2007.pdf)
25. Uruguay, Facultad de Medicina. Mercosur educativo. Dimensiones, componentes, criterios e indicadores para la acreditación en el Mercosur. Marzo 2010. p.4. Disponible en: <http://www.fmed.edu.uy/sites/default/files/ense%C3%B1anza/documentos/Estandares%20Arcusur.pdf>
26. Uruguay. Universidad de la República. Consejo Facultad de Medicina. Agosto, 17. 2005. Disponible en: [http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/cea2c069ea82a59e03256eef004a0b7e/9dbca572f54fa01c0325701400454f35?OpenDocument&Highlight=0,\\_m89kmv0jkd5hm2\\_](http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/cea2c069ea82a59e03256eef004a0b7e/9dbca572f54fa01c0325701400454f35?OpenDocument&Highlight=0,_m89kmv0jkd5hm2_)
27. Pessini, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Revista Bioética, 2013. 21(1), 09–19.
28. Goldim, J. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Revista de AMRIGS. 2009 53(1), 58–63.
29. Pfeiffer, M. Bioética y Derechos Humanos: una relación necesaria. Revista RedBioética/ UNESCO, 2011. 2(4), p. 75. Retrieved from [http://www.unesco.org/phi/aguaycultura/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_4/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf](http://www.unesco.org/phi/aguaycultura/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf)
30. Drane, J. Founders of bioethics: concepts in tension, dialogue, and development. Theor Med

Bioeth. 2012. 33(1): 1-9.

31. Garrafa, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*. 2009 13(1) 125–134. Retrieved from [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/97](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/97)
32. Figueiredo, A. Bioética clínica e sua prática. *Revista Bioética*, 2011. 19(2), 343–358. Retrieved from [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/632](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/632)
33. Urban, C. D. A. A bioética ea prática médica. *J Vasc Br* 2003, 2(3): 275–277. Disponible em: <http://jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-275.pdf>
34. Tealdi, JC. Los principios de Georgetown: Un análisis crítico. In: Garrafa, V; Kottow, M; Saada, A *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. Primera edición. Mexico DF: UNESCO. 2005. p. 35-54.
35. Beauchamp, T., & Childress, J. *Principios de ética biomédica* 1999. 4ta ed. Masson, SA. Barcelona. p. 522.
36. Lorenzo, C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Revista Bioética*, 2011 19(2), 329–342. Retrieved from [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/631](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/631)
37. Zoboli, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. *Revista Bioética*. 2013. 21(3): 389-396 Retrieved from [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/848](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/848)
38. Melnik, C., & Goldim, J. Perfil das consultorias de bioética clínica envolvendo famílias que dificultaram a resolução de problemas. *Revista Bioética*, 2013. 21(1): 113–118. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a13v21n1.pdf>
39. Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 2001 117(1), 18–23.
40. Svantesson, M., Karlsson, J., Boitte, P., Schildman, J., Dauwerse, L., Widdershoven, G., Molewijk, B. Outcomes of moral case deliberation - the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD). *BMC Medical Ethics*, 2014 15(1), 30.
41. Oliveira, A. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Revista Bioética*, 2007.15(2), 170–185 Disponible en: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/39/42](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/39/42)
42. Kottow, M. Vulnerabilidad y Protección. In: Tealdi; JC.(Coord.) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Primera edición. Bogota: Unesco. 2008. p. 340-342
43. Schramm, F. Información y manipulación:¿ cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005. 1(1):18–27. Disponible em: <http://www.rbbioetica.com.br/submissao/index.php/RBB/article/view/3>
44. Garrafa, V., & Lorenzo, C. Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008. 24(10), 2219–26. Disponible em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18949224>
45. Schramm, F. R., Palácios, M., & Rego, S. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008. 13(2), 361–370.
46. Rueda, L. Ética e investigación en sujetos humanos. In: Escribar, A; Pérez, M; Villarroel, R.

Bioética Fundamentos y Dimensión Práctica. Primera edición. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2004. p.422-452.

47. Olivé, L. Aplicando la bioética a las biotecnociencias. In: Porto, D; Garrafa, V; Zafalon; G; Nasimento, S. Bioéticas, Poder e Injusticias: 10 anos depois. Primera edición. Brasilia: CFM/ Cátedra Unesco de Bioética, SBB; 2012. p. 221-235.
48. Lorenzo, C.; Garrafa, V.; Solbakk, J.; Vidal, S. Hidden risks associated with clinical trials in developing countries. *Journal of Medical Ethics*, 2010. 36(2), 111–115. Disponible en: <http://jme.bmj.com/content/36/2/111.short>
49. Paixão, R. L., & Schramm, F. Ethics and animal experimentation: what is debated? *Ética e experimentação animal: o que está em debate?* *Cad Saude Pública*, 1999. 15(1): 99–110.
50. Patrão Neves M, O. W. Bioética animal: Principais e orientacoes. In: *Bioética Simples*. Ed. Verbo. Lisboa. 2007.p.220- 241.}
51. Uruguay, Ley 18.611, 2009. Utilización de animales en actividades de experimentación, docencia e investigación científica. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18611&Anchor=> Consultado 5 de abril 2014.
52. Souza, J.; Shimizu, H. Representação social acerca dos animais e bioética de proteção: subsídios à construção da educação humanitária. *Revista Bioética*, 2013. 21(3). Disponible en: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/858](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/858)
53. Raymundo, M.; Goldim, J. Ética da pesquisa em modelos animais. *Revista Bioética*, 2002. 10(1), 31–44. Disponible en: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/196](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/196)
54. Masson, I.; Baldan, C. Conhecimento e envolvimento de graduandos em fisioterapia acerca dos preceitos éticos da experimentação animal. *Revista Bioética*, 2013. 21(1), 136–141. Disponible en:<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a16v21n1.pdf>
55. Fern, J.;Heuze, Y. M. El Programa interno para el cuidado y uso de. *Acta Bioethica*, 2007. 13(1), 17–24. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2007000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2007000100003)
56. Fortes, P. Reflexão bioética sobre a priorização eo racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social ea equidade. *Cad. Saúde Pública*, 2008. 24(3), 696–701. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/24.pdf>
57. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Rural. Disponible en: [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_4984\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_4984_1.html) Consultado 7 de abril, 2014
58. Porto D. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: Porto D, Garrafa V, Martins GZ,Barbosa SN, (coord). *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM; 2012.p. 109-26.
59. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003;17(5-6):399-416. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14870763>
60. Fulgêncio, C.; Nascimento, W. Bioética de Intervenção e Justiça: olhares desde o Sul. *Revista Brasileira de Bioética*, 2014. 8(1), 46–55. Disponible en: <http://www.rbbioetica.com.br/submissao/index.php/RBB/article/view/67>
61. Oliveira, A. Bioética e direitos humanos: tratamento teórico da interface. *Revista de Direito Sanitário*, 2010. 11(1), 65–94. Disponible en:

<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/13196/15007>

62. Porto, D.; Garrafa, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética*, 2009 13(1), 111–123. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/96/1](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/96/1)
63. Schramm, F. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, 2009 16(1), 11–23. Disponível em: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/52](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/52)
64. Rosas López, A. Naturaleza y arteficio. In: Tealdi, JC. (Coord.) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Primera edición. Bogota: Unesco. 2008. p. 463-465
65. Braña, G.; Grisólia, C. Bio (ética) ambiental: estratégia para enfrentar a vulnerabilidade planetária. *Revista Bioética*, 2012. 20(1), 41–48. Disponível em: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/714](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/714)
66. Cartier, R.; Barcellos, C.; Hübner, C.; Porto, M. F. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. *Cad Saude Pública*, 2009. 25(12), 2695–2704. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200016)
67. Porto, M. F.; Milanez, B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009. 14(6), 1983–1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600006)
68. Andorno, R. Principio de Precaución. In: Tealdi, JC. (Coord) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Unesco. 2008. p.345-347
69. Macri, M; Vignolo, JC; Sosa, A. Salud Pública y sus determinantes. In: *Temas de Salud Pública*. Benia, W. (Coord.) Tomo 2. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Oficina del libro FEFMUR. 2009.
70. Junges, JR. Interfase ética entre desenvolvimento sustentável, economia ecológica e justiça ambiental: precaução e sustentabilidade. In: Porto, D; Garrafa, V; Zafalon, G; Nasimento, S. *Bioéticas, Poder e Injustiças: 10 anos depois*. Primera edición. Brasília: CFM/ Cátedra Unesco de Bioética, SBB; 2012. p 289- 304
71. *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2013*. Nueva York, Estados Unidos; 2012. Naciones Unidas; 2013. p. 3-60. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2013/Spanish2013.pdf> Consultado 13-5-2014.
72. Rio +20, Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible. Rio de Janeiro, Brasil; 20 -22 de junio 2012. Naciones Unidas. p. 1-59 Disponível em: [http://www.uncsd2012.org/content/documents/778futurewewant\\_spanish.pdf](http://www.uncsd2012.org/content/documents/778futurewewant_spanish.pdf) Consultado 15-5-2014
73. Silva, H. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Revista de Saúde* 2012, 46, 83–90. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2012nahead/co4220.pdf>
74. Pyrrho, M.; Schramm, F. R. (2012). A moralidade da nanotecnologia. *Cad Saude Pública*, 2012. 28(11), 2023–2033. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/02.pdf>
75. Rebrats, F. Consolidação da área de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. *Rev Saude Pública*, 2010. 44(2), 381–383. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034->

[89102010000200022&script=sci\\_arttext](#)

76. Bergel, S. Bioética, genética y derechos humanos: la declaración de la Unesco. *Revista Bioética*, 2009. 7(2). Disponible en: [http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/308](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/308)
77. Pfeiffer, M. Bioética y derechos humanos: una relación necesaria. *Revista RedBioética/ UNESCO*, 2011. 2(4), 74–84. Disponible en: [http://www.unesco.org.uy/phi/aguaycultura/fileadmin/shs/redbioetica/Revista\\_4/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf](http://www.unesco.org.uy/phi/aguaycultura/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_4/Pfeiffer-RBioetica4-p74.pdf)
78. Pagliosa I F, Ros M. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* 2008. 32(4):492–9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>
79. Vidal S. La Educación en Bioética en America Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafios futuros . Primera ed. Vidal S, editor. Unesco. Montevideo.; 2012 Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>
80. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Cien Saude Colet* 2010 Jun;15(5):1725–32. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700084&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700084&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
81. Chiavaroli N, Ellwood C. The medical humanities and the perils of curricular integration. *J Med Humanit* 2012. 33(4):245–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875316>
82. Llanes MM. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas*. 2011. 11(1):18–44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202011000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202011000100003&script=sci_arttext)
83. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. *Acad Med* 2009. 84(2):192–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19174663>
84. Caldicott C, Danis M. Medical ethics contributes to clinical management: teaching medical students to engage patients as moral agents. *Med Educ*. 2009. 43(3):283–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3627528/>
85. McKneally MF, Singer P a. Bioethics for clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting. *CMAJ*. 2001. 164(8):1163–7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80975&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
86. Claudot F, Alla F, Ducrocq X, Coudane H. Teaching ethics in Europe. *J Med Ethics*. 2007. 33(8):491–5. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2598173&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
87. Mijaljica G. Medical ethics, bioethics and research ethics education perspectives in South East europe in graduate medical education. *Sci Eng Ethics*. 2014. 20(1):237–47. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23436144>
88. Anastaciou L, Pessate A (Orgs. . *Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estrategias de trabalho em aula*. 8.a ed. Univille, editor. Univali. s/d. Joinville; 2009.
89. Bleakley A, Marshall R, Brömer R. Toward an aesthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum. *J Med Humanit*. 2006. 27(4):197–213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17096192>

90. Figueiredol, A. Perfil acadêmico dos professores de bioética nos cursos de pós-graduação no Brasil. *Rev Bras Educ Med.* 2011. 35(2):163–70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/04.pdf>
91. Ministerio da Saúde, Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde . Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde) Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf> Consultado 17-7-2014
92. Filho AN, Lins L, Batista C. Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. *Bioética.* 2013. 21(2):344–9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a18v21n2.pdf>

# Anexo 1

## Plano ensino, Faculdade de Medicina da Universidade da República. Conselho Diretivo Central. 2009.

**Cuadro 1a. Bases de la Medicina Comunitaria (primer trienio de la carrera de Medicina General)**

<i>III</i> Año	<i>sem<sup>tre</sup></i>	<i>Ciclo</i>	<i>Características del ciclo</i>	<i>Contenidos</i> <i>II</i>	<i>disciplinas*</i>
1	1.1	Introducción a las Ciencias de la Salud Un semestre	Abordaje de problemas de salud en la comunidad en la modalidad de trabajo grupal. Centrados en los problemas, se integrarán los contenidos humanísticos, biológicos y cuantitativos, con mínimos a definir, en un marco ético de servicio social	Características de la salud en nuestra población y la región Determinantes sociales y medioambientales Factores y hábitos personales que operan en la salud La herencia: sus leyes y mecanismos Las comunidades y la atención primaria de salud Perfil del preventivista y del médico general Misión de la Universidad y de la Facultad de Medicina La moral de la solidaridad y servicio social	Antropológicas Biológicas Ética Metodos Cuantitativos Medicina Preventiva Medicina Familiar y Comunitaria Patológicas Psicología Médica Electivas
	1.2			Relación médico-paciente: ética y comunicación Módulo de Biología Celular y Molecular.	
2	2.1	Ciclo Básico-Clinico-Comunitario  Dos años + medio semestre	Bases morfológicas y funcionales del individuo normal y su exploración. Estudio de las estructuras y funciones de los aparatos y sistemas en el individuo normal. Se abordará la anamnesis y exploración física e instrumental del continuo salud-enfermedad en todas las etapas del ciclo vital. Aprendizaje grupal en el marco ético de la relación médico-paciente y de la integración clínico-básica y básico-básica. El principal escenario serán las aulas y laboratorios básicos y de destrezas abordando diferentes situaciones clínicas; en paralelo se desarrollarán actividades de promoción de salud, preventivas y clínicas en la comunidad y primer nivel de atención y de primeros auxilios en servicios y unidades de emergencia.	Módulos de los sistemas cutáneo, hemático inmune y locomotor Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados	Anatomía Biofísica Bioquímica Embriología Fisiología Genética Histología Inmunobiología Ética y Medicina Legal Emergencia Medicina Preventiva Medicina Familiar y Comunitaria Patológicas Psicología Médica Semiología Geriatría Ginecología Pediatria Electivas
	2.2			Módulos de los sistemas nervioso, circulatorio y respiratorio Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados	
	3.1 + 3.2.1	Continuación del Ciclo Básico-Clinico-Comunitario		Módulo de los sistemas digestivo, renal, metabólico y endocrino Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados	
				Módulo del sistema reproductor. El embarazo, parto y lactancia. Desarrollo pre y postnatal, Lo normal, sus límites y factores de riesgo asociados. Salud sexual y reproductiva Vulnerabilidad de la gestante y del niño. Ética del comienzo de la vida.  3.2: Módulo de gerontología: aspectos bio-psico-sociales del envejecimiento. Metodología de la evaluación geriática. Lo normal, sus límites y factores de riesgo de vulnerabilidad. Ética del fin de la vida	

3	3.2.2	Metodología I Medio semestre	Aprendizaje autodirigido en grupo con docente facilitador analizando trabajos y realizando diversas actividades de investigación; en paralelo, seminarios y pasantías electivas en laboratorios básicos y en equipos de investigación clínicos y comunitarios.	3.2.2: Métodos de investigación e investigación-acción (psicosociales, biomédicos, biométricos y clínicos) de las ciencias de la salud. Métodos de educación para la salud y educación popular Perspectiva histórica de la metodología médica Ética investigativa y del trabajo en equipo Psicología y comunicación grupales Estilos de aprendizaje y autoevaluación	Todas las anteriores más Educación Médica Historia de la Medicina Metodos Cuantitativos Electivas
---	-------	---------------------------------	--	---	---

**Cuadro 1b. Medicina General Integral (segundo trienio de la carrera de Medicina General)**

<i>Año<sup>I</sup></i>	<i>sem<sup>tre</sup></i>	<i>Ciclo</i>	<i>Métodos</i>	<i>Contenidos<sup>2</sup></i>	<i>disciplinas</i> <i>±</i>
4	4.1	Introducción a la Medicina General Integral Un semestre	Participación en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención de salud. Estudio de las enfermedades en seminarios y laboratorios básicos. Anamnesis y exploración física e instrumental de pacientes en todas las etapas del ciclo vital y en todos los niveles de atención	Abordaje holístico del estudio de las enfermedades, de sus causas y determinismo, su distribución en nuestro medio, los agentes y factores mórbidos y sus mecanismos de acción, sus efectos biopsicosociales en la comunidad, familia e individuo, las principales alteraciones morfofuncionales y semiología y clínica de la persona enferma, bases para su tratamiento y rehabilitación. Historia natural de las enfermedades prevalentes. Pautas para la decisión clínica en los contextos bioéticos y de costo-beneficio..	Biológicas Ética y Medicina Legal Medicina Familiar y Comunitaria Medicina Interna Medicina Preventiva Patológicas Electivas
	4.2			Clínica Materno infantil Patología Materno infantil Un semestre	Biológicas Cirugía (6.1) Emergencia
5	5.1	Clínica General Integral Dos años + medio semestre	Clínica integral centrada en las consultas y enfermedades prevalentes. Práctica en los tres niveles de atención y servicios de emergencia. Rol protagónico en la ejecución de seminarios de Patología y de Bioética	Clínica Médica I Patología de los sistemas cutáneo, hemático, inmune y locomotor Un semestre	Ética y Medicina Legal Geriatría (5.2) Ginecología (4.2) Medicina Familiar y Comunitaria
	5.2			Clínica Médica II Patología de los sistemas nervioso, circulatorio y respiratorio. Patología geriátrica Un semestre	Medicina Interna (5) Medicina Preventiva Nosológicas
	6.1		Pasantías por clínicas de especialidades.	Clínica Quirúrgica Patología de los sistemas digestivo, urinario, metabólico y endocrino Un semestre	Patológicas Pediatria (4.2) Psicología Médica Electivas
				6.2.1 Especialidades Clínicas. Rotación por especialidades.	Patología y Clínica de

6	6.2			Medio semestre	Especialidades. Electivas
		6.2.2 Metodo- logía II Medio semestre	Integración plena a equipos de investigación preferentemente multiprofesionales. Seminarios sobre aspectos especiales de la ética, patología polisistémica y sobre problemas médicos relevantes del entorno.	6.2.2: Métodos de investigación e investigación-acción en escenario optativo comunitario, clínico o laboratorio básico Ética del ensayo clínico, ética del trabajo en el equipo de salud Autoformación y autoevaluación Patología de las enfermedades polisistémicas Problemas de salud pública que exijan un enfoque propio y, por su complejidad, un abordaje multidisciplinario	Todas las anteriores más Educación Médica Métodos Cuantitativos Electivas

[1]

En cada semestre se ofrecerán cursos electivos o pasantías por equipos de investigación o extensión, que computarán un número de créditos a establecer dentro del total indicado

2

El orden de la enumeración de los ítems dentro de cada cuadro no indica el de prelación o abordaje en el curso

[1][1]

En cada semestre se ofrecerán cursos electivos o pasantías por equipos de investigación o extensión, que computarán un número de créditos a establecer dentro del total indicado

[2]

El orden de la enumeración de los ítems dentro de cada cuadro no indica el de prelación o abordaje en el curso

s

Las disciplinas dentro de cada cuadro se ordenan alfabéticamente. Las abreviaturas son obvias, las disciplinas biomédicas son agrupadas arbitrariamente en:

- biológicas: Anatomía, Biofísica, Bioquímica, Embriología, Fisiología, Genética, Histología.
- patológicas: Anatomía Patológica, Bacteriología y Virología, Farmacología General, Fisiopatología, Oncología, Parasitología.
- nosológicas: Cirugía Básica, Farmacología Especial, Imaginología, Medicina Básica, Patología Clínica.

