

Bioética e Humanização como Temas Transversais na Formação Médica*

Bioethics and Humanization Across the Curriculum in Medical Education

Sergio Rego^I
Andréia Patrícia Gomes^{II}
Rodrigo Siqueira-Batista^{III}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação médica;
- Ensino médico;
- Educação moral;
- Bioética;
- Humanização da assistência;
- Desenvolvimento moral;
- Docentes de medicina.

KEY WORDS:

- Medical education;
- Medical teaching;
- Moral education;
- Bioethics;
- Humanization of healthcare;
- Moral development;
- Faculty, medical.

Recebido em: 23/09/2007

Reencaminhado em: 03/01/2008

Aprovado em: 03/01/2008

RESUMO

A bioética e a humanização da assistência à saúde da população ocupam um espaço estratégico nas discussões sobre as necessidades de mudança nos processos de formação médica. No presente artigo, busca-se uma discussão articulada entre esses temas, defendendo sua inserção transversal ao longo dos currículos de graduação em Medicina. Entendendo que o simples reconhecimento da importância do tema ou mesmo a incipiente presença desses temas nos currículos são insuficientes para promover mudanças no perfil dos profissionais formados – as quais podem ser esperadas pela adequada abordagem destes temas –, defende-se a preparação de programas de formação voltados para o conjunto de docentes envolvidos na formação profissional e a criteriosa escolha de métodos e técnicas pedagógicas que, amparados em fundamentos teóricos que expliquem o desenvolvimento da competência moral, possam efetivamente interferir neste processo.

ABSTRACT

Bioethics and the humanization of health care are the strategic center of the discussions about the need for changes in medical education. In this paper the authors discuss these themes in an articulated approach, defending its insertion across the curriculum. We understand that the mere recognition of the relevance of these themes or even their presence in the curriculum are not sufficient for promoting changes in the profile of the professionals. Such changes can only be expected using an appropriate approach. The authors therefore propose the preparation of training programs directed to the teaching body (especially to those members not directly involved with ethics or bioethics teaching) and defend the importance of a judicious choice of pedagogical methods and techniques based on theoretical fundamentals explaining the development of moral and ethical competence.

* Preparado a partir da revisão do texto *Humano, demasiado humano: bioética e humanização como temas transversais na educação médica*, de REGO, Sergio, GOMES, Andréia Patrícia e SIQUEIRA-BATISTA, R. *Cadernos da ABEM*, v.3, p.24-33, 2007.

^I Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

^{II} Centro Universitário Serra Órgãos, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Centro Universitário Serra Órgãos, Rio de Janeiro, Brasil; Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis, Rio de Janeiro, Brasil.

INTRODUÇÃO

*We don't need no education
We don't need no thought control
No dark sarcasm in the classroom
Teachers leave them kids alone
Hey! Teachers! Leave them kids alone!
All in all it's just another brick in the wall.
All in all you're just another brick in the wall.
Wrong, do it again!
If you don't eat yer meat, you can't have any pudding.
How can you have any pudding if you don't eat yer meat?*

ROGER WATERS (PINK FLOYD)

As atuais transformações vivenciadas nas sociedades laicas e plurais contemporâneas têm tornado a bioética e a humanização temas centrais na educação médica^{1,2}. Num contexto globalizado, de informações rapidamente difundidas e de uma ciência cada vez mais complexa, os indivíduos têm que apresentar competências diversas das habitualmente exigidas, para que haja integração e exercício de um dado saber-fazer^{3,4}. De fato, aspectos como (1) a extrema velocidade na produção de conhecimento – e a conseqüente efemeridade das “verdades” construídas no saber-fazer científico⁵; (2) a necessidade de reorganizar o saber-fazer da saúde, levando em consideração a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora/compassiva⁶; (3) a premência de otimização dos gastos em saúde, em face das infrenes produção de conhecimento e incorporação tecnológica em saúde⁷; (4) o questionamento crescente de valores tradicionalmente hegemônicos na prática da saúde e o emergente papel social dos pacientes e da sociedade em geral, os quais têm forçado uma nova reflexão sobre a formação e a prática dos profissionais neste setor; (5) a inequívoca influência dos meios de comunicação e das novas tecnologias de informação na construção/formatação do homem/profissional nestes primórdios do século XXI⁸; (6) o advento/desenvolvimento das sociedades de controle – em contraposição às (em ultrapassagem, senão completamente ultrapassadas) sociedades disciplinares, constituídas em torno de estratégias de confinamento^{9,10} – marcam, decisivamente, o contexto no qual deverá ser formado o profissional médico, de modo a torná-lo capaz de responder às díspares demandas de uma sociedade na qual se mantêm presentes as doenças infectoparasitárias (como a malária, a hanseníase e a tuberculose) e as degenerativas (como as cardiovasculares e as neoplasias)^{11,12}, especialmente ao se levarem em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as quais propõem que o egresso

seja um médico crítico, reflexivo, cidadão e autônomo, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde^{13,14}.

Estas questões, relativas à formação – entendida no sentido grego de paidéia¹⁵ –, à ética e ao homem – na medida em que humanizar é entendido como “tornar(-se) humano, dar ou adquirir condição humana; humanar(-se)”¹⁶ (p. 459) –, ainda que atualíssimas, remontam à alvorada da civilização ocidental, tendo sido discutidas no âmago do pensamento helênico antigo. Pode-se considerar, deste modo, que a educação do homem foi originalmente pensada como formação ética, voltada para a vida política na cidade-estado (pólis)¹⁷.

Com efeito, percebe-se a imbricação dos termos deste debate – envolvendo ética, humanização e educação –, os quais podem ser pensados, conjuntamente, de forma articulada e complexa, no âmbito da formação médica, de modo a se constituírem espaços para abordagem interdisciplinar – interdisciplinaridade entendida como “a utilização de vários pontos de vista, mas com a finalidade cooperativa de construir um objeto teórico comum”¹⁸ (p. 38) – e transversal –, caracterizando-se transversalidade como “uma forma de organizar o trabalho didático na qual alguns temas são integrados nas áreas convencionais de forma a estarem presentes em todas elas”¹⁹. O escopo do presente manuscrito é esboçar linhas de fuga para pensar a bioética e a humanização, transversalmente e interdisciplinarmente, na graduação e pós-graduação em Medicina, enfocando a discussão teórica e os métodos pedagógicos.

BIOÉTICA, ÉTICA E FORMAÇÃO MÉDICA

A bioética, em sua formulação originária pelo oncologista Van Rensselaer Potter, em 1970, foi concebida como uma nova ética científica, capaz de dar respostas à deterioração das relações homem-natureza e cujos objetivos principais seriam garantir a perpetuação da espécie humana e de sua qualidade de vida²⁰. Já Hellegers, fundador do Kennedy Institute of Ethics, em 1971, utilizou o nome para definir uma nova ética biomédica, uma extensão da ética médica. Ao longo destes mais de 35 anos, a disciplina adquiriu diferentes conotações, podendo-se perceber variações do tema²¹, ainda que não tenha deixado de se orientar para a discussão da moralidade dos atos humanos – esfera da práxis –, como na definição de Kottow:

[Por bioética entende-se] o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos [cujos] efeitos afetam profunda e irreversivelmente, de maneira real ou potencial, os sistemas vivos²². (p. 53)

Ao considerar as ações humanas em termos morais, duas funções podem ser pensadas como inerentes à disciplina: a

descritiva e a normativa, que permitem, respectivamente, explicitar os conflitos e propor a melhor forma de agir diante deles. Ou seja, a bioética preocupa-se em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e dos outros seres vivos e a qualidade de seus ambientes e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores. Considerando-se de forma específica, mas não só, o campo da saúde pública, defende-se hoje que a “proteção” seja o princípio norteador das análises e decisões a serem tomadas, como proposto por Schramm e Kottow^{23,24}. Tal compreensão está em consonância com o apresentado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos²⁵, a qual, embora ainda expresse um antropocentrismo ético, consolida a compreensão de incluir entre suas preocupações os problemas morais relacionados com o meio ambiente e animais não-humanos.

Embora possa ser entendido como um movimento típico das sociedades laicas e plurais contemporâneas da segunda metade do século XX, deve-se reconhecer sua inscrição na tradição ética ocidental como uma das éticas aplicadas, como já identificava Warren Thomas Reich na introdução à segunda edição revista da *Encyclopedia of Bioethics* em 1995.

Com efeito, cabe, afinal, interrogar: o que é ética? Termo polissêmico, pode ser compreendido, do ponto de vista filosófico, como o saber que investiga os juízos sobre os atos qualificados como bons ou maus^{26,27}. Em geral, a ética pode ser diferenciada da moral – ainda que em muitas situações os termos sejam utilizados como sinônimos –, tal qual ponderado por Cortina em *O fazer ético: um guia para a educação moral*:

Ética e moral distinguem-se simplesmente no sentido de que, enquanto a moral faz parte da vida cotidiana das sociedades e dos indivíduos, e não foi inventada pelos filósofos, a ética é um saber filosófico²⁸. (p. 14)

Ou, buscando-se ainda maior clareza, pode-se dizer que a moral se refere às normas de conduta vigentes em dada sociedade (portanto, intuitivas e “vindas de fora” do indivíduo) e que a ética se refere às normas de condutas resultantes do exercício da razão crítica².

Do ponto de vista do debate ético e de suas implicações educativas, a conceituação de Blackburn acrescenta pertinentes elementos:

Estudo dos conceitos envolvidos no raciocínio prático: o bem, a ação correta, o dever, a obrigação, a virtude, a liberdade, a racionalidade, a

escolha. É também o estudo de segunda ordem das características objetivas, subjetivas, relativas ou céticas que as afirmações feitas nesses termos possam apresentar²⁹. (p. 129)

As distinções apresentadas – ponderando sobre a diferenciação entre ética e moral e sobre os discursos de primeira e de segunda ordem – têm marcante implicação nas questões pedagógicas atinentes ao ensino de ética. Tais caracterizações têm influência na própria compreensão sobre o que é a competência moral e o que é uma competência em ética ou bioética. Kohlberg definiu competência do juízo moral como a capacidade de tomar decisões e julgar moralmente, isto é, baseado em princípios internos e agir de acordo com tais juízos. Assim, reconhece-se que a capacidade de realizar julgamentos morais – ou seja, de avaliar se determinado ato é correto ou não, justo ou não – independe de uma formação disciplinar em filosofia ou, mais especificamente, em ética. Com efeito, em princípio, todo indivíduo é capaz de realizar julgamentos morais, capacidade esta que se desenvolverá mais ou menos de acordo com as características e as oportunidades de interação dos sujeitos com o seu meio.

De maneira geral, pode-se sintetizar que essa evolução do desenvolvimento individual vai do julgamento fundamentado em razões heterônomas ao fundamentado em razões autônomas e dos interesses egoísticos aos baseados em princípios éticos universais. Neste movimento, as condições da interação dos indivíduos com o seu meio social – e as oportunidades que esse meio social lhes oferece – é que são determinantes para a compreensão das resultantes deste processo. Isto confere grande responsabilidade ao sistema educacional – e, no caso em análise, ao sistema de ensino de nível superior –, posto que é sua missão formar os profissionais de saúde nos aspectos não apenas técnicos, mas também morais e éticos. A pertinência desta atribuição é reconhecida ou determinada pelas próprias diretrizes curriculares nacionais, embora, em geral, as instituições de ensino superior tratem da formação moral como se ela ocorresse naturalmente em decorrência da formação técnica.

Também não é raro encontrar pessoas que julgam que o comportamento ético de um médico (ou de qualquer outro profissional) seja diretamente relacionado à sua competência técnica, como se da utilização de uma técnica derivasse uma valoração moral daquele ato. Mas, de fato, a realidade é mais complexa, e tais pensamentos só evidenciam a grande dificuldade que os médicos muitas vezes demonstram de diferenciar os problemas morais dos técnicos, ainda que tais esferas – técnica e ética – sejam distintas, como bem expresso nos atuais debates sobre ética em pesquisas envolvendo seres humanos³⁰.

Mas não são apenas estes os problemas que devem ser enfrentados no campo. As questões envolvidas pela ética e pela bioética são bem mais amplas e candentes do que as discutidas no bojo da ética médica tradicional, de inspiração hipocrática, centradas principalmente nos conceitos de não-maleficência (*primum non nocere*) e beneficência (*bonum facere*). Transcendendo horizontalmente a mera questão de prescrever as melhores condutas nas atividades profissionais, a bioética inclui, em seu corpo teórico-prático, outros referenciais, como autonomia, justiça, proteção e compaixão (somente para citar alguns), aproximando-se mais do homem e da perspectiva do tornar-se homem – ou seja, do humanizar-se –, não o considerando apenas como paciente, mas se mantendo atenta a sua complexa inscrição no mundo, aspecto extremamente significativo no atual processo de trabalho em saúde.

Não basta à bioética, portanto, a mera explanação sobre conceitos abstratos e normatizações de conduta corporativa, como realizado, por muito tempo, pela disciplina de deontologia médica³¹. Para sua real incorporação na realidade diária do sujeito/médico, é preciso saber mais que citar – ou recitar – o atual Código de Ética Médica³². É necessário criar condições para o alvorecer da genuína autonomia e para o seu efetivo exercício³³; é preciso agir como educador, possibilitando a formulação de uma moral aberta²⁸. Deve-se pensar e agir, enquanto professores que pretendam trabalhar as questões atinentes à bioética, incluindo nestas ações a perspectiva do desenvolvimento da competência moral, tendo claro que:

[...] diferentemente dos saberes também racionais, mas preferencialmente teóricos (contemplativos), para os quais não importa, a princípio, orientar a ação, a moral é, essencialmente, um saber prático: um saber para atuar²⁸. (p. 22)

Um saber para atuar como agente racional autônomo, ou seja, como humano... Eis o caminho para se discutir a humanização.

HUMANIZAÇÃO E FORMAÇÃO MÉDICA

Humanizar diz respeito à aquisição de forma humana, podendo ser considerado, igualmente, de acordo com Houaiss, como:

[...] tornar(-se) benévolo, ameno, tolerável; humanar(-se); tornar(-se) mais sociável, mais tratável; civilizar(-se), socializar(-se)¹⁶. (p. 459)

Com base nesta caracterização, torna-se claro que a questão da humanização tem relação auto-evidente com a própria

construção do conceito de homem na tradição ocidental, a qual pode ser situada, em termos de suas origens, no alvorecer da cultura helênica, com as epopéias homéricas:

Esse processo, a descoberta do espírito, manifesta-se a nós através da história da poesia grega e da filosofia, a partir de Homero; as formas poéticas da épica, da lírica, do drama, as tentativas de um entendimento racional da natureza e da essência do homem representam as etapas desse caminho³⁴. (p. xviii)

Desde esses primórdios, lançados em um tempo tão arcaico quanto os séculos IX-VIII a.C. –, nos quais são cantados os feitos de deuses e homens³⁵, na *Iliada* e na *Odisséia*, até a concepção da alma formulada por Sócrates, Platão e Aristóteles, passando pela especulação pré-socrática dirigida à *physis* –, pode-se argumentar que todo o esforço do pensamento grego diz respeito à tematização do homem. Com efeito, da poesia à filosofia, da tragédia à medicina, o que esteve sempre em foco foi a questão do homem.

Entre as possibilidades de caracterização do homem está aquela, instituída com o pensamento grego clássico – Platão e Aristóteles –, que o considera um animal racional³⁶ ou “uma coisa que pensa”³⁷. A estas se pode vincular a perspectiva ética e política, como discutido por Kant, que reconhece a pergunta ‘o que é o homem?’ como a questão central da filosofia.

As influências desta tradição na compreensão dos processos inerentes à saúde são inextricáveis. A própria idéia de saúde, bem como os modos para mantê-la e restabelecê-la foram dirigidos originariamente ao homem, mote recorrente nas obras de Hipócrates de Cós e de Cláudio Galeno. Não é difícil, deste modo, vincular tais referenciais ao atual debate sobre a humanização em saúde, a qual, no Brasil está em plena discussão no bojo do Sistema Único de Saúde (SUS):

De qualquer modo, tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. Partindo deste pressuposto, não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS a Humanização depende, portanto, do aper-

feiçãoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas³⁸ (p. 399)

A leitura atenta deste excerto permite demarcar claramente o papel da humanização enquanto oposição à perpetuação de espúrias relações de poder, na dependência do fortalecimento da participação democrática dos diferentes atores envolvidos – especialmente os usuários –, como disposto no artigo 198 da Constituição brasileira³⁹:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

Neste processo, ganham ressonância as indagações relativas à necessidade de repensar a formação de sujeitos autônomos, capazes de se posicionar criticamente em relação à dominação e de exercer sua cidadania – o que é, por definição, uma questão ética –, cabendo importante papel à humanização em saúde ao se considerá-la:

[...] uma possibilidade política de se alterar essa lógica e de instaurar, no interior das instituições, espaços de liberdade capazes de acolher, amparar, sustentar e dar significado à presença e às ações de profissionais de saúde, gestores e pacientes, ao considerar suas dimensões subjetivas e singulares⁴⁰. (p. 41)

Pode-se demarcar, do ponto de vista conceitual, que os valores que norteiam a política de humanização são a autonomia, a justiça, a co-responsabilidade entre os sujeitos, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão⁴¹, caracterizando uma proposta ética, estética e política:

Ética porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados;

estética, porque relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS. Este compromisso ético, estético e político de Humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão⁴².

Diante desta perspectiva, torna-se factível a apropriação e incorporação, pelos diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores), de atitudes/conceitos – como acolhimento, solidariedade, alteridade e compaixão – como elementos cruciais para a construção das relações intersubjetivas, ou seja, entre eu e outro:

A relevante função humanizadora faz estabelecer com o outro uma relação construtiva e de inclusão. No fundo, tudo passa pelo outro, pois sem o diálogo com o tu não nasce o verdadeiro eu, nem surge o nós que cria o espaço da convivência e da comunhão. A exclusão do outro está na base do terror moderno, seja econômico ou político-militar. O que na área da saúde significa a perda da qualificação da relação profissional de saúde – usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. [...] A relação com o outro suscita a responsabilidade. O outro faz surgir em nós a ética; nos obriga a uma atitude de acolhimento ou de rechaço⁴³.

Humanizar a atenção à saúde, com toda a intensidade de sua inscrição no debate (bio)ético, passa, então, a significar⁴²:

- (1) a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia e orientação sexual, entre outras;
- (2) a garantia de acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito ao acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha);
- (3) a possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva, por meio da gestão participativa, com os trabalhadores e os usuários, garantindo educação permanente aos trabalhadores do SUS de seu município.

O grande desafio, especialmente no âmbito do SUS, tem sido o fomento dos debates acerca da humanização nos processos de reformulação curricular, de modo a permitir a formação de profissionais com uma visão mais abrangente do processo de promoção, prevenção e assistência à saúde⁴⁴.

Como fazê-lo – eis a questão? Certamente não será por meio de um rol de atividades simples ou de uma reforma pontual de metodologias ou currículos. Sabe-se, há muito, que educar é formar⁴⁵. Logo, o papel do educador e das instituições de educação certamente não é só o de informar, nem tampouco o de transformar experiência educativa em puro treinamento técnico⁴⁵. Para a garantia da integralidade do cuidado, deve-se permitir o desenvolvimento de um trabalhador ativo e capaz de aprender a aprender, o que deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser⁴⁶. Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem – ou metodologias ativas – vêm sendo construídas como ferramentas para a reintegração de habilidades perdidas pelo médico em sua trajetória histórica, permitindo alcançar como resultado a formação de profissionais como sujeitos autônomos – com competências humanas, éticas, políticas e técnicas – e dotados de conhecimento técnico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades como os da medicina atual⁴⁷.

Portanto, neste contexto de grandes diferenças e múltiplas interações, discutir bioética e humanização ou a contribuição ao desenvolvimento das competências moral e ética não é simples. As mudanças, para se tornarem efetivas, não serão simplórias e localizadas, concentrando-se somente na mudança dos métodos de ensino. É preciso compreender o problema em toda a sua complexidade. Um dos principais aspectos a considerar é que é possível ao aparelho escolar contribuir de forma inequívoca com o processo de desenvolvimento da competência moral e ética de um indivíduo. Para isto, importam não apenas as abordagens pedagógicas apropriadas, como também as oportunidades para o exercício da autonomia individual e da prática dialógica^{48,49}.

BIOÉTICA E HUMANIZAÇÃO: COMO TRATÁ-LAS TRANSVERSALMENTE?

Considerando-se as propostas de humanização que ganharam materialidade no Programa Nacional de Humanização, Deslandes⁵⁰ identifica a humanização com:

(1) O resgate da humanidade do atendimento, ou seja, postar-se contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade;

(2) A necessidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados; neste sentido, a humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

A perspectiva de reconhecimento do outro e do estímulo ao diálogo como indispensáveis ao processo de humanização confere centralidade aos processos de formação moral e ética para essas discussões, embora não se esgote neles.

Humanizar a relação profissional de saúde-usuário e os serviços de saúde exige profundas transformações das práticas, as quais passam pela (1) valorização de novos saberes; (2) aquisição de uma postura mais dialógica da equipe – entre si e com os usuários; (3) rediscussão do modelo excessivamente biológico da medicina; (4) adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores⁵¹. Essas transformações são potenciais construtoras de vínculos, aproximando aqueles que oferecem o serviço daqueles que o recebem, personalizando a relação, que deve ser compromissada e compassiva.

Propor alternativas para a abordagem transversal destes temas faz parte das mais necessárias discussões em pauta na agenda da prática médica. Sabendo-se, *a priori*, das dificuldades quanto às mudanças nos comportamentos instituídos, não se deve perder de vista a importância de estabelecer espaços para a emergência de soluções mais efetivas do que as atualmente disponibilizadas. Nesta esfera de discussão, é pertinente atentar e ratificar que, muitas vezes, se aborda todo o tempo a questão da formação dos novos médicos, escusando-se de perceber e mencionar a relevância – para garantir o canal de comunicação dialógica – da capacitação dos profissionais em atuação no momento, já que muitos deles se mantêm à margem dos pontos acima apontados. Formar uma rede de pessoas é fator essencial à abordagem da questão. Permitir que os temas humanização e bioética sejam transversais, ou melhor ainda, se articulem de modo a constituírem parte de um grande eixo norteador no ensino médico, é, antes de tudo, um desafio a ser enfrentado por todos aqueles que acreditam numa sociedade verdadeiramente composta por cidadãos.

Assim, não é razoável considerar que a tarefa de contribuir para a formação moral e ética dos estudantes seja apenas de um docente ou de um grupo específico – por exemplo, daqueles diretamente envolvidos no ensino da ética/bioética ou da psicologia médica. Ela deve ser considerada como papel de todo e cada professor envolvido na educação profissional. E não é o caso de aceitar a falsa idéia de que este ou aquele docente não tem vocação para o ensino da ética. Todos já contribuem neste campo, conscientes ou não, intencionalmente ou não. Nunca é demais recordar a própria concepção de currículo oculto para apoiar esta idéia. A cada atitude tomada

por um professor – por exemplo, punir ou não o estudante que cola, permitir ou não que um estudante pratique um procedimento num paciente sem estar de fato preparado para isto –, uma lição está sendo ministrada. A importância desse “conhecimento”, que é socializado inconscientemente, é bem conhecida dos educadores médicos. O que se propõe aqui é que esta participação involuntária se dê em torno dos objetivos educacionais assumidos pelo curso médico, tornando-se explícita – numa lídima tomada de consciência – para aquele que a protagoniza.

Dessa maneira, é importante reconhecer que não apenas os docentes precisam estar conscientes e envolvidos nesse processo, como a própria faculdade deve deixar claro, para todo o seu corpo docente e discente, seu compromisso com a formação moral, não apenas explicitando que valores defende (por exemplo, respeito aos outros), como também instando a participação democrática dos indivíduos em seu cotidiano acadêmico.

Embora várias experiências em curso tendam a seguir os caminhos aqui apontados, diáfano está, igualmente, que tais procedimentos estão longe de ser uma panacéia. É claramente insuficiente – e a experiência tem demonstrado isso – a simples inserção de uma nova disciplina ou mesmo de um eixo de humanidades no currículo. Antes de se abordar a relevância de métodos e técnicas pedagógicas, comentar-se-á o contexto acadêmico. Em seu estudo sobre competência moral entre estudantes de Medicina, Shillinger⁴⁹ corroborou a hipótese de Lind sobre a importância do ambiente de ensino e das oportunidades oferecidas aos estudantes para que sejam protagonistas de seu processo de aprendizagem e exerçam atividades em que tenham responsabilidades reais. O ambiente democrático de uma escola onde os estudantes são respeitados e considerados como indivíduos e cidadãos proporciona melhores possibilidades de oferecer um tipo de experiência aos discentes que contribuirá decisivamente para o seu processo de desenvolvimento da competência moral. Por outro lado, num ambiente onde o *bullying*⁵² seja uma constante e professores e médicos abusem dos estudantes e os desrespeitem, tende-se a encontrar um fenômeno inverso. Estas questões estariam relacionadas ao fenômeno de regressão da competência moral assinalado por Lind⁵³.

Do ponto de vista dos métodos e técnicas pedagógicas utilizados no ensino da ética e da bioética, cabe examinar o que se pode esperar de cada um, de seus limites e potencialidades. Por exemplo, é majoritariamente aceito hoje que as atividades de ensino-aprendizagem realizadas em pequenos grupos são mais eficazes. Mas que tipo de atividades? Eficazes para quê? A necessidade de um olhar diferenciado para atividades que

parecem rotineiras e compreensíveis é indispensável para se refletir sobre as próprias práticas. À guisa de exercício, considere-se a seguinte questão: pode-se aceitar, genericamente, que os pequenos grupos são melhores por proporcionarem maior participação dos estudantes em cada uma das atividades, porque possibilitam uma participação efetiva dos membros do grupo. Entretanto, nas atividades educacionais que pretendem contribuir para a formação moral dos indivíduos, a possibilidade de participação é substantiva, mas qualquer tentativa de constrangimento ou de obrigação para participar pode resultar num efeito contrário ao desejado.

É importante recordar, então, alguns métodos tradicionalmente utilizados no ensino da ética e da bioética, pensando-se suas possibilidades de mobilização de sentimentos morais verdadeiros e de promoção de conflitos cognitivos capazes de ensinar a elaboração de uma nova estrutura de pensamento. Lind^{48,55} oferece uma breve avaliação dessas técnicas e propõe um método (Método Konstanz de Discussão de Dilemas Morais) capaz de facultar os efeitos desejados, ainda que nem por isso possa ser pensado como a única técnica a utilizar^{31,49,54}. Outros métodos podem e devem ser empregados, mas tendo-se bastante clareza em relação ao objetivo educacional a que se propõem. Por exemplo, considerem-se os métodos descritos a seguir⁵⁴⁻⁵⁷:

(1) Discussão de casos – é usado para que os participantes apliquem um conhecimento aprendido (em geral, princípios gerais morais ou técnicos) a um caso particular; dessa forma, pode demonstrar quão bem eles aprenderam a aplicar um conhecimento geral a um caso em particular; é um método apropriado para trabalhar o desenvolvimento da competência em ética ou bioética;

(2) *Role-playing* – é usado para dar aos participantes a oportunidade de demonstrar como sabem que diferentes pessoas atuam em diferentes papéis com diferentes perspectivas e pontos de vista (“pai”, “profissional de saúde”, “paciente”, “religioso”); mas os papéis são representados, não vividos, e, em geral, não proporcionam o surgimento de sentimentos morais autênticos;

(3) Clubes de debate e competições (simulações de julgamento inclusive) – testam a habilidade dos participantes em convencer uma audiência sobre sua posição num debate público; sinceridade e autenticidade na argumentação não são importantes nesta atividade e são mesmo vistas como possíveis obstáculos para vencer o debate;

(4) Discussão de filmes – desperta e mobiliza sentimentos morais; pode ser usada como casos a serem discutidos;

(5) Ensino direto de teorias éticas e discussão de métodos – modificam as atitudes auto-referidas da audiência.

A escolha do método a ser utilizado dependerá da familiaridade do docente com ele, mas, sobretudo, dos objetivos a alcançar com a atividade proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo não pretende esgotar as perguntas acerca de como inserir na formação do médico a bioética e a humanização como pontos que atravessem a estrutura curricular, seja ela tradicional, moderna, integrada ou fragmentada. Não objetiva, em princípio, dar respostas prontas às perguntas de como fazê-lo, mas, sim, permitir, um verdadeiro processo de parturição de idéias, reflexões e questionamentos sobre a importância dos temas e a urgência de busca de soluções criativas, as quais, em sua essência, poderão permitir que o cidadão-paciente tenha garantido o acesso a um cidadão-médico mais habilitado a lidar com o sujeito que, naquele momento, se põe a sua frente.

A idéia central é que a capilarização destes debates permita construir uma genuína práxis em saúde, na qual cada um dos envolvidos – profissionais de saúde, gestores, comunidade, academia e serviço – seja capaz de incorporar às suas reflexões e ações os referenciais da bioética e da humanização, tornando-os significativos para o cuidado do humano, demasiadamente humano, reconhecendo as dimensões que o caracterizam em sua igualdade essencial: o nascer, o sofrer e o morrer.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira NSC. Repensando e ressignificando a gestão democrática da educação na "cultura globalizada". *Educ Soc.* 2004; 25(89):1227-1249.
2. Rego STA, Palácios M, Schramm FR. O ensino da Bioética nos Cursos de Graduação em Saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.
3. Silva Filho HP. O Empresariado e a Educação. In: Ferreti CJ et al. (org.). *Novas tecnologias, trabalho e educação. Um Debate multidisciplinar.* Petrópolis: Vozes; 1994.
4. Perrenoud P. *Construir as Competências desde a Escola.* Porto Alegre: Artmed; 1999.
5. Santos BS. *Um discurso sobre as ciências.* São Paulo: Cortez; 2003.
6. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(6):1690-1699.
7. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):795-806.
8. Struchiner M, Gianella TR, Ricciardi RMV. *Novas Tecnologias de Informação e Educação em Saúde diante da Revolução Comunicacional e Informacional.* In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA (org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 257-272.
9. Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. *Conversações: 1972-1990.* Rio de Janeiro: Editora; 1992. p.34.
10. Siqueira-Batista R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. *Ciênc Saúde Coletiva.* No prelo 2007.
11. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1992; 8(2):168-175.
12. Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33(2):187-197.
13. Brasil. Lei n.9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional – DOU Brasília (DF), 23 de dezembro, 833-41,1996.
14. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/ CES Nº. 4, Brasília, 7 de novembro, 1-6, 2001.
15. Jaeger W. *Paidéia: A Formação do Homem Grego.* 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.
16. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
17. Severino JA. A busca do sentido da formação humana: tarefa da Filosofia da Educação. *Educ. Pesqui.* 2006; 32(3):619-634.
18. Schramm FR. As diferentes abordagens da bioética. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética.* Petrópolis: Vozes; 2001. p.28-45.
19. Agência EducaBrasil. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira.* [online]. [capturado em: set. 2007]. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=70>>
20. Potter VR. Bioethics, science of survival. *Biol Med.* 1970; 14:173-153.
21. Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar a bioética.* São Paulo: Loyola; 2005.
22. Kottow M. *Introducción a la Bioética.* Santiago: Universitária; 1995.

23. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17:949-956.
24. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *Iatrós – Ensaios de Filosofia, Saúde e Cultura*. 2005; 1:121-130.
25. Unesco. Declaração Universal em Bioética e Direitos Humanos. Tradução Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Unesco, 2005. Disponível em www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/documentos/declaracaojulho2006.pdf. Consultado em 11 de agosto de 2007.
27. Lalande A. *Vocabulaire Technique et Critique de la Philosophie*. 14 éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1983.
26. Abbagnano N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
28. Cortina A. *O fazer ético: guia para a educação moral*. São Paulo: Moderna; 2003.
29. Blackburn S. *Dicionário Oxford de filosofia*. Rio de Janeiro: J Zahar; 1997.
30. Palácios M, Rego S, Schramm FR. A regulamentação brasileira de ética em pesquisa. In: Medronho RA et al. (org.) *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2002.
31. Rego S. *A formação ética do médico: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.
32. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Brasil. Código de Ética Médica. Resolução CFM n. 1.246/88. 10. ed. Rio de Janeiro: Edipro; 2002.
33. Kant I. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Lisboa: Edições 70; 1960.
34. Snell B. *A cultura grega e as origens do pensamento europeu*. São Paulo: Perspectiva; 2001.
35. Siqueira-Batista R. *Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga*. São Paulo: Landy; 2003.
36. Aristóteles. *A Política*. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
37. Descartes R. *Meditações metafísicas*. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
38. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface comun saúde educ*. 2005; 9(17):389-406.
39. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais; 2000.
40. Reis AOA, Marazina IV, Gallo PR. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):36-43.
41. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Brasília: Ministério da Saúde. Brasília; 2004.*
42. Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde; 2005.*
43. Boff L. *O outro é tudo*. JB on line, Colunas. [online]. [capturado em 14 jul. 2006]. Disponível em: <http://ibonline.com.terra.br/ib/papel/coluna/boff/2004/11/2005/jorcolbof20041125001.html>.
44. Cotta RMM, Pereira RJ, Maia TM, Marques ES, Franceschini, SCC. *Aprehensión y conocimiento de las directrices del SUS: un reto en la consolidación de la política de salud brasileña*. *Rev. Agathos*. 2004; 3:16-23.
45. Freire P. *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
46. Fernandes JD; Ferreira SLA; Oliva R; Santos S. *Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia*. *Rev. Enfermagem*. 56(54): 392-5, 2003.
47. Zanolli M. *Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica*. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004.
48. Lind G. *La moral se puede enseñar - Un manual de teoría y práctica de la formación moral y democrática*. Ciudad del Mexico: Trillas; 2006.
49. Shillinger M. *Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries*. Deutschland Aachen: Shaker Verlag; 2006.
50. Deslandes SF. *Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
51. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. *Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial*. *Physis*. 2002; 12(1):59-76.
52. Palacios M, Rego S. *Bullying: mais uma epidemia invisível?* *Rev bras educ med*. 2006; 30 (1): 3-5.
53. Lind G. *Moral regression in medical students and their learning environment*. *Rev bras educ med*. 2000; 24 (3):24-33.
54. Lind G. *Konstanz Method of Dilemma Discussion*. [online]. [capturado em: 9 set. 2007]. Disponível em: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/>.
55. Siqueira-Batista R, Santos SS, Osterne EMC, Cardoso APF, Caramel JM. *Ética e formação médica II: o cinema e o teatro no debate bioético sobre o fim da vida*. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde* 2004; 1:62.

56. Tapajós R. A comunicação de notícias ruins e a pragmática da comunicação humana: o uso do cinema em atividades de ensino/aprendizagem na educação médica. *Interface comun. saúde educ.* 2007; 11(21):165-172.
57. Nunes ED, Hennington EA, Barros NF, Montagner MA. O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. *Ciênc Saúde coletiva* 2003; 8(1):209-225.

CONFLITOS DE INTERESSE

Sergio Rego é editor da *Rbem*, mas não teve nenhuma participação em qualquer etapa do processo de avaliação deste manuscrito. Os demais autores não possuem conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sérgio Rego
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 914
Benfica – Rio de Janeiro
CEP. 21041-210 / RJ
E-mail: rego@ensp.fiocruz.br